

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 68

DES

OCCLUSIONS INTESTINALES

POST-OPÉRATOIRES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Juillet 1896

PAR

Christo NAOUMOFF

Né à Tzaredvor (Macédoine), le 24 décembre 1870

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE

(Ancien Hôtel de la Faculté des Sciences)

1896

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✱) DOYEN
CARRIEU ASSESSEUR

Professeurs

Hygiène	MM. BERTIN-SANS.
Clinique médicale	GRASSET (✱).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.	GRYNFELTT.
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (✱).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✱).
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HÉDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie	N...
Id. SARDA (Ch. du c.)	N...
Anatomie pathologique	N...
Id. Bosc (Ch. du c.)	N...
Microbiologie	N...

Professeurs honoraires: MM. JAUMES, DUBRUEIL (✱), PAULET (O. ✱).

Chargés de Cours complémentaires

Clinique annexe des maladies des enfants.	MM. BAUMEL, agrégé.
Accouchements.	PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	ESPAGNE, agr. lib.
Pathologie externe	N...

Agrégés en exercice

MM. BAUMEL	MM. LAPEYRE	MM. VALLOIS
BROUSSE	MOITESSIER	MOURET
SARDA	BOSC	DELEZENNE
LECERCLE	DE ROUVILLE	GALAVIELLE
RAUZIER	PUECH	

MM. H. GOT, *secrétaire*.
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

Examineurs de la Thèse

MM. FORGUE, <i>président</i> .		MM. LAPEYRE, <i>agrégé</i> .
TEDENAT, <i>professeur</i> .		DE ROUVILLE, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

*Témoignage de reconnaissance
et de piété filiale.*

A la Memoire de mon Frère et de mes Sœurs regrettés

A la Mémoire de mes Grands-Parents

C. NAOUMOFF.

A MON PÈRE

*Faible témoignage de ma reconnaissance
et d'un amour sans bornes.*

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

Témoignage de profonde affection.

C. NAOUMOFF.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur FORGUE

A tous mes Maîtres de la Faculté

C. NAUMOFF.

A la Mémoire de mon ami Panaïote S. Moukhtaroff

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

C. NAOUMOFF.

INTRODUCTION

A la suite des opérations sur la cavité péritonéale, tant par la voie abdominale que par la voie vaginale, on observe parfois des occlusions intestinales, que l'on dit « post-opératoires », parce qu'elles se développent à la suite et sous l'influence de l'opération primitive.

Leur existence a été mise en doute, et, avant la période antiseptique, ainsi qu'au début de cette période, alors que la chirurgie abdominale était à ses débuts et qu'on était moins sûr d'avoir observé toutes les précautions antiseptiques, la péritonite généralisée était toujours rendue responsable des accidents d'occlusion post-opératoire. En réalité, il y a le plus souvent association de ces deux affections, et une infection même très légère intervient pour la production d'adhérences, qui, à leur tour, détermineront l'occlusion intestinale post-opératoire.

A côté de ces cas l'observation clinique nous démontre que des adhérences intestinales, des étranglements de l'intestin sous une bride épiploïque, des compressions par le pansement, etc., ont provoqué des occlusions mortelles, dans lesquelles la séreuse de la grande cavité abdominale ne présentait aucune trace d'inflammation ; et que si très souvent les accidents dont nous parlons ne sont que de la septicémie péritonéale, dans laquelle le tableau clinique de l'occlusion domine, il existe des cas encore relativement nombreux, où

nous nous trouvons en présence d'occlusions intestinales vraies.

C'est l'étude des occlusions intestinales post-opératoires, et exclusivement de celles-ci, qui constituera le sujet de notre thèse inaugurale. Nous laisserons donc de côté les occlusions intestinales relevant d'une cause étrangère à l'intervention chirurgicale.

En choisissant un sujet aussi important et aussi difficile, nous n'avons nullement la prétention de faire un travail complet, ni de résoudre des problèmes de pathogénie ou de thérapeutique, qui exigent une expérience et une autorité que nous ne possédons point. Nous essaierons simplement d'exposer la question et d'indiquer la conduite suivie en cette occasion par la majorité des chirurgiens d'aujourd'hui.

L'idée première de ce travail nous a été donnée par M. le professeur agrégé Lapeyre, qui nous a, non seulement guidé de ses précieux conseils, mais qui a mis toute son obligeance à nous fournir l'observation d'un cas d'occlusion intestinale post-opératoire par un mécanisme des plus intéressants. Nous lui en sommes profondément reconnaissant et le prions de vouloir agréer l'expression de nos sincères remerciements.

Qu'il nous soit permis d'adresser à M. le professeur Forgue l'expression de notre plus vive gratitude pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Notre entière reconnaissance est d'ailleurs acquise à tous les maîtres de cette Faculté, qui pendant le cours de nos études médicales nous ont prodigué leur enseignement et l'exemple de leur expérience.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
OCCLUSIONS INTESTINALES
POST-OPÉRATOIRES

HISTORIQUE

L'histoire des occlusions intestinales post-opératoires ne commence à être bien connue que depuis ces dernières années. Bien que déjà Spencer Wells (1), en 1860, Kœberlé (2), en 1867, Léopold (3), en 1879, Bœckel (4), en 1881, Olshaussen (5) et Skutsche (6), en 1886, en eussent publié des cas isolés, ce

(1) Spencer Wells. — Stat. d'ovariotomie. *Medic. Times and Gazette*, 10 mars 1860. — *Id. British med. journ.* 1879. — *Id. Med. chir. tr.* London, 1881. 2 S^{ie} 167, 183.

(2) Kœberlé. — *Gaz. des Hôp.*, 1867.

(3) Léopold. — *Dreizeig Laparatomien*, mai 1879.

(4) Bœckel. — Accidents provoqués par le pédicule après l'ovariotomie. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1881, n° 7.

(5) Olshaussen. — *Die Krankheiten des Ovarien* (Stuttgart, 1886).

(6) Skutsche. — *Correspondenz blätter des allgemeinen ärztlichen Vereins, von Tübingen*, 1886.

n'étaient que de simples publications sans commentaires. Pour trouver un premier travail d'ensemble, il nous faut arriver à 1888, époque à laquelle Wolf Hirsch (1) publia un mémoire important basé sur quatorze observations d'occlusion intestinale, consécutives à l'ovariotomie.

La thèse de Collas (2), parue en 1890 sous l'inspiration de M. Lucas Championnière, envisage la question à un point de vue plus général et apporte quelques observations d'occlusions intestinales consécutives à d'autres opérations que l'ovariotomie. M. Lucas Championnière (3) lui-même consacre dans son ouvrage sur les hernies un chapitre, où il envisage spécialement cette complication grave des cures radicales.

Puis William Easterly Ahston (4), en 1892, publia un important travail, dans lequel il donne une classification des occlusions consécutives aux opérations abdominales d'après les lésions qui les provoquent.

Une série d'observations plus récentes ont été publiées dans ces dernières années par Lucas Championnière (5) et Terrillon, par Gouilloud (6), Quénu (7), Legueu (8), Commandeur (9),

(1) Wolf Hirsch. — Quatorze observations d'occlusion intestinale après ovariectomie. Arch. für Gynec., 1888.

(2) Collas. — Des occlusions intestinales après les laparotomies (Th. de Paris, 1890).

(3) Lucas Championnière. — Cure radicale des hernies, Paris, 1892, p. 451.

(4) William Easterly Ahston. — Occlusion intestinale après laparotomie (The medic. News, 1892. Rés. in Arch. gén. de méd., 1893).

(5) Lucas Championnière. — Ann. de Gyn., 1892, et Soc. de ch., 1892.

(6) Gouilloud. — Congrès de chirurgie, 1893.

(7) Quénu. — Nouv. Arch. d'obst. et de Gyn., 1894.

(8) Legueu. — Bull. méd., 1894. Bull. de la Soc. anat., 5^e série, t. VIII, p. 474.

(9) Commandeur. — Arch. prov. de chir., 1894, p. 782.

Mathieu (1), Riche (*Gaz. des hôp.*, janvier 1895), en France ; Kehrer (2), Schiffer (3), Stumph, de Munich, Zweifel, Ziegen Speck, de Munich, Tauffer, de Budapest (6^me Congrès de la Soc. allem. de Gyn. Vienne 1895), Muller, Jacobs, de Bruxelles ; Ernst Sonntag, Coé, etc., à l'étranger. G.-H. Rohé en fait une étude générale dans l'Amérique J. of Obst (octobre 1894).

E. Tuja (4) dans sa thèse, parue en 1894, a réuni un grand nombre d'observations inédites qui lui ont été communiquées par MM. Fochier, Pollosson, Commandeur, Jaboulay, de Lyon.

Enfin, plus près de nous, nous trouvons deux mémoires des plus importants, de MM. Legueu (5) et Adenot (6), et la remarquable thèse de Giresse (7), auxquels nous faisons de nombreux emprunts.

(1) Mathieu. — Soc. méd. des hôpitaux, mai 1895.

(2) Kehrer. — Cent. für Gynec., 2 juin 1894, n° 22.

(3) Schiffer. — Cent. für Gynec., 22 septembre 1894.

(4) Tuja. — Des occlus. intest. après les laparotomies. Th. de Lyon, 1894.

(5) Legueu. — Gaz. des Hôp., 23 nov. 1895.

(6) Adenot. — Gaz. hebdom., 1895. Revue de chirurgie, janvier 1896.

(7) M. Giresse. — Des occlusions intestinales consécutives à l'hystérectomie vaginale. Th. de Paris, 1896.

ÉTIOLOGIE

L'occlusion intestinale est une des complications les plus redoutables qui puissent survenir à la suite des opérations intéressant la grande cavité péritonéale.

Sa fréquence varie suivant les auteurs et si nous nous rapportons à leurs statistiques, nous voyons que Spencer Wells a perdu, par cette fâcheuse complication, onze malades sur mille ovariectomisées, soit 1,1 pour 100. Thornton, sur 175 ovariectomisées, compte 2 décès par occlusion intestinale. Fritch trouve une mortalité de 1,6 pour 100 par occlusion intestinale post-opératoire. Klotz a rapporté 31 cas d'occlusion intestinale, avec 5 décès dus à cette complication, sur 421 laparotomies et 148 hystérectomies vaginales, soit l'énorme proportion de 5,5 pour 100 d'occlusions post-opératoires, avec une mortalité de 1 pour 100. Schiffer donne 5 cas d'occlusions intestinales, tous suivis de mort, sur les 132 laparotomies pratiquées en deux ans avec l'asepsie sèche. Tauffer, de Budapest, a donné, au dernier Congrès de la Soc. all. de Gynéc., une proportion de 2,25 pour 100 d'occlusions post-opératoires.

Enfin Tuja, dans sa thèse de doctorat, a pu réunir, à Lyon, dans deux années, dix observations d'occlusion intestinale post-opératoire, et Rohé, dans son important mémoire, a pu rassembler dans la littérature et parmi ses propres observations, 75 cas de décès par occlusion intestinale post-opératoire, et il ajoute : « Quoique ce nombre nous paraisse exagéré, très probablement il représente moins de la moitié des cas dus

à l'occlusion intestinale, car il est hors de doute que beaucoup de ces cas de décès par péritonisme, avec vomissements incoercibles, après les laparotomies, sont, en réalité, des cas d'occlusions intestinales ».

Mais tous ces chiffres sont loin de représenter l'exacte vérité, parce que tous les cas d'occlusion intestinale post-opératoire ne sont pas publiés.

Il est cependant quelques chirurgiens : Lawson Tait, Pozzi et autres, qui n'auraient jamais observé cette complication.

Toutes les opérations intéressant le péritoine et nécessitant des manipulations de l'intestin, sont susceptibles de donner lieu à une occlusion intestinale post-opératoire.

Ce sont surtout les cas où le péritoine présentait déjà des signes d'inflammation antérieurement à l'opération, et dans lesquels on a été obligé de rompre des adhérences et des fausses membranes préexistantes, qui sont le plus souvent suivis d'occlusion post-opératoire.

Il en est de même de la péritonite survenant après les opérations. Mais cette complication étant devenue relativement rare de nos jours, grâce aux progrès de l'antisepsie et de l'asepsie, les cas d'occlusion intestinale, reconnaissant cette étiologie, ont diminué d'autant.

Les opérations à la suite desquelles on a été obligé de faire le drainage intra-péritonéal, et surtout celles dans lesquelles on a fait le tamponnement à la façon de Mickulicz, prédisposent à l'occlusion post-opératoire par la réaction des tissus, qu'entraîne nécessairement la cicatrisation de la poche contenant le tamponnement.

Ce processus cicatriciel ne va ordinairement pas sans provoquer des adhérences plus ou moins nombreuses entre la paroi de la poche et les anses intestinales environnantes.

Nous publions plus loin un certain nombre d'observations

d'occlusion intestinale post-opératoire, dont la plupart sont dues aux causes précitées.

D'après ce que nous venons de dire, on pourrait être tenté de croire que la rapidité et la bénignité d'une intervention sur le péritoine sont des garants certains contre toute possibilité d'occlusion intestinale consécutive ; il n'en est rien ; et M. Legueu rapporte des faits d'occlusion à la suite de cas dans lesquels il avait opéré de la façon la plus expéditive et la plus simple, avec déplacements insignifiants des anses intestinales et sans aucune trace de péritonite pré ou post-opératoire. Ces faits se rapportent principalement à des ovariectomies.

Toute opération, grave ou même bénigne, sur le péritoine, peut donner lieu à la complication qui nous occupe.

Toutefois, parmi ces opérations, quelques-unes paraissent jouir du triste privilège de donner lieu plus fréquemment à l'occlusion intestinale post-opératoire.

En première ligne, nous citerons l'*ovariectomie*. En effet, sur 118 observations que nous avons pu recueillir, nous trouvons 52 cas survenus à la suite d'ovariectomie, 31 après hystérectomie vaginale (toutes relatées dans la thèse de Giresse), 13 après salpingectomie, 7 après ablation de fibromes utérins, 6 après cure radicale des hernies, 4 après hystérectomie abdominale, 1 après hystéropexie, 1 après opération césarienne, enfin, 1 après néphrectomie transpéritonéale.

L'*âge* ne paraît pas avoir une influence bien nette sur la production de cette complication.

Quant à la valeur étiologique du *sexe*, il est *à priori* de toute évidence que l'occlusion intestinale post-opératoire sera notée bien plus souvent chez la femme, parce seul fait que la majeure partie des opérations pouvant y donner lieu, sont l'apanage exclusif du sexe féminin.

CLASSIFICATION ET PATHOGÉNIE

Plusieurs classifications ont été données par les auteurs pour faciliter l'étude comparative des occlusions intestinales post-opératoires.

La plupart d'entre eux ont pris pour base de leur classification la nature même de la cause de l'occlusion.

D'autres, considérant la date d'apparition des symptômes, ont divisé les occlusions en *précoces*, c'est-à-dire se produisant dans les premiers jours qui suivent l'opération ; en *tardives*, c'est-à-dire n'apparaissant qu'après les premiers jours de choc et de dépression, entre le 7^e et le 15^e jour, et, enfin, en occlusions post-opératoires *éloignées*, survenant plus ou moins longtemps (de quelques semaines à plusieurs années) après la cicatrisation complète de la plaie opératoire.

Cependant, comme le fait très judicieusement remarquer M. Legueu, dans son très important mémoire, ce qui intéresse surtout le praticien, ce n'est pas tant la nature que le siège de la lésion, sa situation par rapport au foyer opératoire primitif. Aussi, en se plaçant surtout à un point de vue clinique, il divise les occlusions post-opératoires en trois catégories :

1^o Occlusions par obstacle mécanique correspondant comme siège au foyer même de l'opération ;

2^o Occlusions par obstacle mécanique, siégeant assez loin du foyer de l'opération et n'étant qu'en relation indirecte avec cette dernière ;

3° Occlusions sans obstacle mécanique.

C'est cette dernière classification qui nous paraît la plus pratique, et c'est celle que nous adopterons dans notre travail, tout en reconnaissant pourtant que nous serons obligés, pour la facilité de l'exposition, d'avoir recours à une subdivision reposant sur la *nature* et le *mode de production* de l'obstacle mécanique.

1° OCCLUSIONS PAR OBSTACLE MÉCANIQUE CORRESPONDANT
COMME SIÈGE AU FOYER MÊME DE L'OPÉRATION.

A cette catégorie appartiennent la grande majorité des occlusions post-opératoires, et c'est à elles que doit penser tout d'abord le chirurgien qui se trouverait en présence de cette complication, afin de pouvoir intervenir rapidement et avec les plus grandes chances de succès.

En considérant la nature et le mode de production de l'obstacle mécanique, et pour la facilité de l'exposition, nous subdiviserons les occlusions intestinales de cette catégorie, suivant en cela l'exemple des auteurs, en :

- 1° Occlusions dues à des adhérences intestinales ;
- 2° Occlusions dues à des brides ;
- 3° Occlusions dues à la compression de l'intestin ;
- 4° Occlusions dues à des positions vicieuses de l'intestin ;
- 5° Occlusions dues à des fautes opératoires ;
- 6° Occlusions dues à un spasme de l'intestin.

Nous consacrerons un article spécial à chacun de ces groupes, et nous relaterons en même temps quelques observations d'occlusion intestinale post-opératoire s'y rapportant.

1° Occlusions dues à des adhérences intestinales.

Tous les auteurs sont d'accord pour affirmer que les adhérences intestinales sont certainement la cause la plus fréquente d'occlusion intestinale post-opératoire.

La condition nécessaire à la production des adhérences est la destruction de l'épithélium de la séreuse de l'intestin sur une étendue plus ou moins considérable et la mise en contact de la surface ainsi dénudée avec un corps étranger, comme la gaze d'un pansement, d'un tamponnement à la Mickulicz, etc., ou, le plus souvent, avec une autre surface privée aussi d'épithélium ; cette dernière peut être soit des adhérences pré-existantes, soit la surface de section d'un pédicule après extirpation d'un kyste ou après salpingectomie, soit une zone quelconque de la paroi abdominale, d'une anse intestinale voisine, de l'épiploon, etc.

Quant aux causes qui déterminent la chute épithéliale et consécutivement les adhérences, elles diffèrent suivant les auteurs.

Pour les uns, l'infection serait la cause presque exclusive ; d'autres attachent une grande importance aux causes mécaniques, telles que le frottement par les mains, l'exposition prolongée du péritoine à l'air, l'emploi de certains matériaux pour la suture, la pression des pinces et, d'une façon générale, tous les traumatismes exercés au cours de l'opération ; d'autres, enfin, ont incriminé l'emploi des antiseptiques chimiques forts pour les lavages intra-péritonéaux.

Il est probable que ces diverses causes peuvent et doivent souvent se combiner pour la production des adhérences.

La partie de l'intestin, siège de ces adhérences, varie avec les opérations.

C'est ainsi qu'après l'ablation de kystes plus ou moins volumineux, et après les hystérectomies vaginales, l'intestin grêle, étant le plus mobile, tombe dans l'espace laissé libre, et peut venir adhérer, soit au pédicule dans les cas d'ablation de kystes, soit aux lèvres de la plaie vaginale dans les cas d'hystérectomie.

Après les salpingectomies, c'est très souvent le gros intestin qui, se trouvant par sa portion inférieure en rapport de contiguïté avec le pédicule, sera le siège de l'adhérence.

Etant donnée la grande fréquence des adhérences intestinales, on s'est demandé pourquoi l'on n'observait pas plus souvent l'occlusion due à cette cause.

C'est qu'en effet il ne suffit pas toujours qu'une anse intestinale soit fixée par des adhérences. Il faut encore qu'elle soit fixée dans une situation anormale.

C'est de l'ensemble de ces deux conditions que résulte une coudure, une inflexion angulaire de l'intestin, dont le sommet correspond aux adhérences. La plicature donne lieu à la formation d'un éperon, saillant dans la cavité intestinale et perpendiculaire à son axe, éperon qui oblitère à des degrés variables la lumière de l'intestin. Cette oblitération atteindra son maximum quand interviendra la rétraction des adhérences.

Nous rapportons ici quelques observations d'occlusion par adhérences, et en premier lieu la remarquable et très complète observation que nous devons à l'obligeance de notre excellent maître, M. le professeur-agrégé Lapeyre.

OBSERVATION PREMIÈRE. (INÉDITE).

Observation inédite d'occlusion intestinale post-opératoire tardive. Dessin montrant l'état des lésions et le mécanisme de l'occlusion.

Observation et dessin nous ont été fournis par M. Lapeyre, professeur-agrégé.

M... V..., âgée de 38 ans, entre dans le service de M. le professeur Dubrueil le 25 juin 1893. Enfant, elle fut scrofuleuse et malingre et eut, à l'époque de sa puberté, de multiples adénopathies cervicales dont quelques-unes suppurèrent. Du côté de l'hérédité nous ne relevons rien digne d'être noté. Elle a été réglée à 14 ans. Les mois sont abondants, la durée normale ; mais le premier jour de la fluxion, la malade éprouve toujours des douleurs assez fortes sous forme de coliques. Ces douleurs n'ont jamais cessé.

Mariée à 19 ans, elle a eu trois grossesses à terme. Au premier accouchement, elle a eu une déchirure du col. Au suivant, il y eut inertie utérine, qui entraîna une longueur extrême dans le travail et des hémorragies menaçantes. Enfin, le dernier fut suivi de fièvre puerpérale. La malade resta deux mois au lit et eut une péritonite très grave. Ces accidents remontent à huit ans.

Depuis le premier accouchement, la malade a constamment eu, peu ou prou, des pertes blanches. Un an après cet accouchement, notre patiente est reçue à la clinique gynécologique, où elle est soignée pour une rétroversion. A sa sortie, on lui prescrit un pessaire et une ceinture hypogastrique. Grâce à ces moyens, elle se trouva fortement soulagée et put reprendre ses occupations.

Pendant cinq ans, elle ne souffre plus.

L'affection génitale s'était donc considérablement améliorée et semblait même guérie, lorsqu'au mois de mai dernier, les règles, qui étaient régulièrement venues, se supprimèrent brusquement après deux jours de durée, à la suite d'une violente frayeur. L'écoulement reparut quelques jours après, mais il s'accompagnait de douleurs extrêmement vives, s'irradiant dans les flancs, les reins et jusque dans les cuisses. Il y eut des vomissements et de la fièvre.

Cet orage inflammatoire dure environ quinze jours et laisse après lui un état douloureux fort gênant. Elle souffre des reins, ressent

profondément dans le bassin de là pesanteur et de la gêne. Les garde-robes sont douloureuses, il y a des coliques, des épreintes, des faux besoins ; la constipation est tenace, et ce n'est qu'à l'aide de lavements que la malade peut aller à la selle.

C'est dans cet état que la malade rentre à l'hôpital.

Le ventre est légèrement météorisé. La palpation hypogastrique poussée un peu loin revient rapidement douloureuse. Au toucher, le vagin offre ses caractères normaux ; les parois et les culs-de-sac sont souples et dépressibles. Le col est fortement reporté en avant, derrière la symphyse. A travers le cul-de-sac postérieur et par le rectum, on sent le corps rétroversé dans le cul-de-sac de Douglas. L'utérus n'est pas mobilisable et les tentatives de redressement faites avec le doigt ou l'hystéromètre demeurent infructueuses. Ces diverses explorations sont douloureuses.

On diagnostique : rétroversion utérine irréductible, compliquée d'adhérences au cul-de-sac de Douglas.

M. le professeur Dubrueil pratique l'hystéropexie, le 6 juillet. On incise sur la ligne blanche à partir de deux travers de doigt de l'ombilic jusqu'à 2 centimètres du pubis. Les doigts, portés profondément dans le cul-de-sac de Douglas, ramènent l'utérus. Ce temps est assez laborieux ; l'organe est péniblement attiré jusqu'au niveau de l'angle inférieur de la plaie abdominale, où il est maintenu à l'aide d'une pince tire-balle.

On se sert pour fixer l'utérus du procédé de Terrier. On passe deux fils de catgut fort : après avoir traversé l'aponévrose et le péritoine, on transperce la paroi utérine sur les deux côtés de sa face antérieure et symétriquement dans une étendue pour chaque point de 15 millimètres environ. Au niveau de la ligne médiane le fil est libre, extra-utérin et croise celle-ci, à la manière d'un pont. Puis, les fils sont ramenés à travers la lèvre musculo-aponévrotique de l'abdomen du côté opposé. Enfin, chacun d'eux est solidement noué et abandonné dans la plaie en suture perdue.

On termine en fermant la plaie abdominale à l'aide de deux plans de sutures : l'un en surjet et au catgut rapproche l'aponévrose et le péritoine, tandis que la peau est recousue à l'aide du crin de Florence.

Au cours de l'opération, le chirurgien a été considérablement

géné par les anses intestinales qui faisaient sans cesse, et malgré les aides, irruption hors de la cavité abdominale.

Dans l'angle inférieur de la plaie, mais en dehors de la cavité péritonéale, on place un drain debout.

Dans l'après-midi, la malade souffre beaucoup du ventre et se plaint de tiraillements insupportables. Deux ou trois vomissements sentent fortement l'éther. On donne des cachets de naphtol et des pilules d'extrait thébaïque. Dans la soirée, on prescrit du champagne et de la glace. Temp. = 37°. Pouls à 104.

7 juillet. — La nuit a été mauvaise. La malade souffre toujours de tiraillements. Il y a eu quelques vomissements. Le faciès est bon. T = 38°. P = 96.

On desserre le pansement.

Dans l'après-midi, les vomissements continuent et deviennent presque incessants ; cependant, l'état général reste bon. On prescrit la potion de Rivière, une injection de morphine, de la glace et du champagne. Le soir, la température est à 38°,6. P = 112.

Application de la glace sur le ventre.

8 juillet. — Les vomissements ne discontinuent plus ; la malade rend tout ce qu'elle prend. Elle a du hoquet. T° 38°,6. P = 120. Le pansement est renouvelé ; il sort une petite quantité de pus par le drain. On recouvre la plaie par des compresses de Bœckel et on continue l'application de glace. On prescrit aussi un lavement purgatif salin. Dans l'après-midi les vomissements cessent ; mais le hoquet persiste. Le soir, le thermomètre accuse 38°,5. P = 108. A ce moment, on constate une notable amélioration. Les vomissements ont définitivement cessé et les douleurs sont moins vives. Le hoquet persiste encore.

9 juillet. — Le mieux être constaté la veille persiste et s'accroît. Le pansement est renouvelé. Un peu de pus dans le drain. T° 37°,8. P = 112. Mêmes prescriptions que la veille. Le hoquet cesse dans la soirée, mais la simple ingestion de liquides provoque encore des vomissements.

A partir de ce moment les phénomènes péritonéaux ne cessent de s'amender et ne tardent pas à disparaître complètement. Aux pansements suivants on enlève quelques points de suture ; la plaie est aseptisée et vingt jours après environ (vers le 10 août), la cicatri-

sation était à peu près complète, sans qu'aucun incident notable soit venu interrompre la guérison.

Au mois d'août, M. le professeur Dubrueil cède son service de chirurgie à M. le professeur-agrégé Lapeyre. En ce moment la cicatrisation était complète. La malade se levait depuis quelques jours et allait sortir de l'hôpital, lorsqu'à la suite d'un excès de régime (elle s'était gorgée de fruits) éclatent les accidents qui se terminent par la mort. Dans la nuit du 23 au 24 août, surviennent des douleurs abdominales très vives, que suivent bientôt des vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux. La constipation est absolue. On administre un purgatif qui reste sans effet. On prescrit de la morphine et de la glace. Le 26 août, les vomissements deviennent jaunâtres, puis fécaloïdes. T° 38°. P = 110.

Le 27 août, tous les symptômes précédents s'aggravent : la face devient grippée, les yeux s'excavent, le pouls est petit, misérable, très fréquent (140 pulsations). Les lèvres se cyanosent, les extrémités se refroidissent et la malade succombe dans le collapsus graduellement croissant. Cet état avait duré quatre jours.

L'autopsie est pratiquée 24 heures après le décès.

Le ventre est fortement ballonné. Une incision demi-circulaire, convexe en haut et rasant le rebord des côtes, coupe la paroi abdominale sous forme de vaste lambeau. Celui-ci est soulevé avec précaution et rabattu en bas. L'épiploon et les anses intestinales les plus superficielles adhéraient entre eux et à la face postérieure de l'incision abdominale. Les fausses membranes qui réunissaient ces divers organes en un bloc de la grosseur du poing étaient solides et nécessitèrent pour être rompues d'assez grands efforts. On libère la paroi abdominale avec beaucoup de précautions pour se rendre bien compte de l'état de la symphyse laparo-utérine. L'utérus n'était plus suspendu à la paroi abdominale. De la partie inférieure de la cicatrice de l'incision opératoire partait un tractus fibreux de couleur ardoisée. Il était large d'un travers de doigt et épais de 2 ou 3 millimètres (Voyez *fig.*, 4). On l'isolait très bien en avant de la vessie avec laquelle il ne contractait que des rapports de contiguïté ; en arrière, il adhérait aux anses intestinales. En suivant ce cordon avec les doigts ou en l'isolant par l'écartement des organes avoisinants, on voyait qu'il plongeait profondément dans le bassin et allait s'attacher au bord supérieur de l'utérus qui était rétroversé dans le

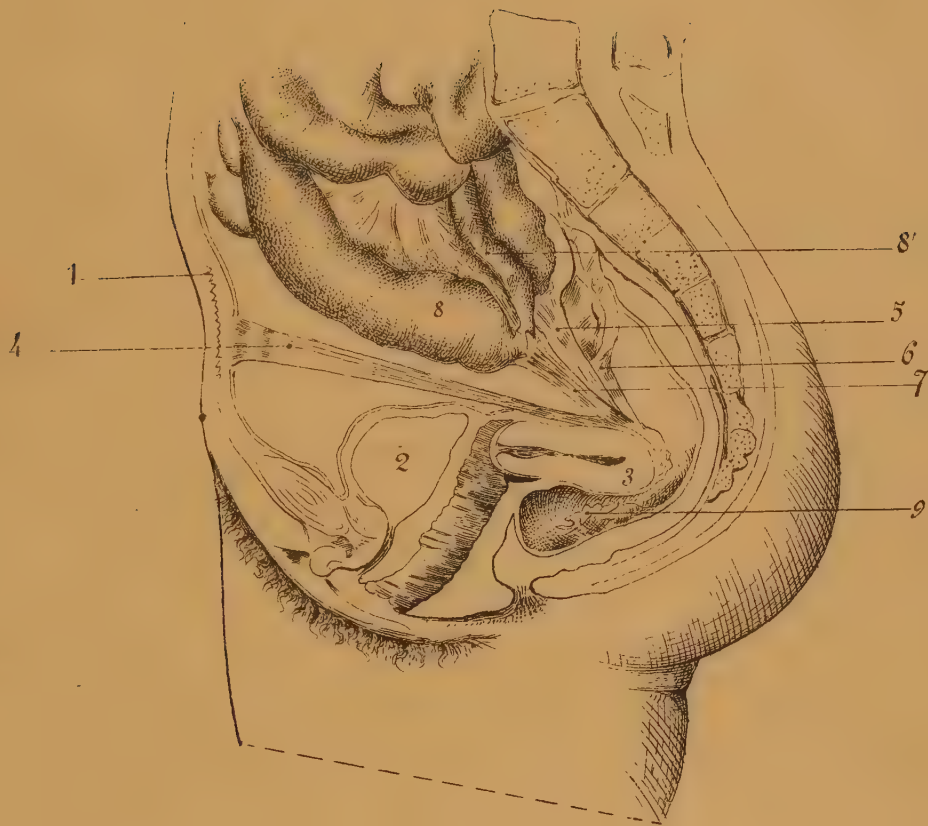
cul-de-sac de Douglas, au fond duquel il reposait par sa base (Voyez *fig.*, 3). Ce tractus mesurait exactement 10 centimètres. Du bord supérieur de l'utérus et dans le point où venait s'insérer le tractus que nous venons de décrire, partaient d'autres replis membraneux qui venaient se perdre dans la masse intestinale qu'agglutinaient des adhérences (Voy. *fig.*, 5, 6, 7). Ceux-ci étaient au nombre de trois principaux. Nous les avons suivis avec beaucoup de soin et nous avons constaté qu'ils venaient s'insérer sur des anses intestinales, dans un point opposé à l'insertion mésentérique. L'état et la disposition de ces anses méritent une description spéciale. Toutes étaient nettement coudées à angle aigu par la traction de la fausse membrane. Mais l'une d'elles, celle qui donnait attache au trousseau fibreux le plus volumineux, était tiraillée à ce point que les deux moitiés de l'anse étaient presque parallèles. Le bout intestinal supérieur était distendu par des gaz (Voy. *fig.*, 8), l'inférieur affaissé et vide. De plus, au point d'insertion de la bride il y avait un notable rétrécissement du calibre de l'anse, qui admettait à peine l'extrémité de l'index. La paroi intestinale, mais surtout sa couche séreuse, étaient fortement épaissies. Malgré des pressions très fortes nous n'avons pu faire circuler les gaz à travers la coudure. La cause de l'occlusion intestinale se trouvait là. Les trousseaux fibreux avaient une longueur de 6 à 7 centimètres. On voit donc que du fond de l'utérus partaient, en divergeant sous forme d'éventail, de forts trousseaux fibreux qui allaient s'insérer : le plus long à la cicatrice abdominale, les autres à des anses intestinales. L'un de ceux-ci avait produit une atrésie et une coudure assez fortes pour interrompre le cours des matières et produire l'occlusion mortelle.

Dans le cul-de-sac de Douglas, un peu de sérosité louche, mais nulle part ni pus, ni exsudats inflammatoires récents.

Les ovaires et les trompes agglutinés entre eux par de fausses membranes, étaient solidement fixés par les adhérences au fond du cul-de-sac de Douglas (v. *fig.*, 9). Celles-ci, bien organisées, étaient très résistantes et s'étaient formées bien antérieurement à l'opération d'hystéropexie. L'appareil tubo-ovarien ainsi fixé, maintenait l'utérus rétroversé et s'opposait très fortement à son redressement. Dès que nous avons eu, par la destruction de ces adhérences, libéré ces organes, l'utérus a pu être non seulement redressé, mais encore facilement amené au contact de la paroi abdominale.

PLANCHE

1. — Cicatrice de l'incision abdominale opératoire.
2. — Vessie.
3. — Utérus rétroversé dans le cul-de-sac de Douglas.
4. — Tractus fibreux long de 10 cent., large de 1 cent. $\frac{1}{2}$ et allant de l'incision opératoire au fond de l'utérus rétroversé.
- 5,6,7. — Replis membraneux allant du fond de l'utérus au bord convexe des anses intestinales.
8. — Bout supérieur de l'anse, siège principal de l'occlusion, distendu par les gaz.
- 8'. — Son bout inférieur affaissé.
9. — Annexes prolabés dans le cul-de-sac de Douglas et adhérant solidement au péritoine. Ce sont ces adhérences qui retiennent l'utérus rétroversé.



OBSERVATION II

(Quénu. — Nouv. Arch. d'obst. et de gynéc., 25 sept. 1894).

Malade couchée au n° 9 de la salle Bichat.

Atteinte d'un kyste ovarique, elle fut laparotomisée le 15 janvier dernier. Notre incision fut de petite dimension ; le ventre ouvert, nous trouvâmes un kyste de l'ovaire droit de moyen volume. Au moment de le ponctionner, la malade eut une syncope respiratoire et l'on dut pratiquer la respiration artificielle. L'alerte fut courte ; mais à partir de ce moment le chloroforme ne fut administré qu'avec un extrême ménagement. Notre malade respirant mal, nous dûmes donc nous contenter d'une anesthésie incomplète. A chaque effort de la malade, les anses intestinales menaçaient de faire irruption et durent être maintenues énergiquement, tout le temps que dura l'opération, par la main de notre aide. Cependant à aucun moment, elles ne s'échappèrent de l'abdomen.

Ce kyste sans adhérence, enlevé facilement, présentait un large pédicule sur lequel fut appliquée une ligature en chaîne. L'ovaire gauche atrophié fut laissé en place. Avant de refermer l'abdomen, suivant notre habitude, nous attirons le grand épiploon et nous l'étendons au-devant de la masse intestinale.

La température de notre malade oscillait avant l'opération entre 36°5 et 37 degrés. Le soir de l'opération, elle fut de 37°8 et pendant les vingt-quatre premières heures, il y eut 14 vomissements.

Le 16 au matin, nous trouvons notre opérée un peu fatiguée par ces vomissements répétés. La température est 37°4 ; le pouls assez fréquent (110 pulsations), mais bon. Il n'y a là rien qui puisse nous inquiéter, d'autant qu'avant l'opération, le pouls qu'on avait eu soin d'observer atteignait couramment 100 et 105. La quantité d'urine rendue est de 600 grammes. C'est la quantité normale pour les laparotomisées et ce chiffre ne varie guère. Cette fixité dans le taux ordinaire des urines tient vraisemblablement à ce qu'on ne les laisse pas boire et qu'elles n'expulsent que l'eau empruntée à leurs tissus.

Le 17 au matin, les symptômes sont à peu près les mêmes. Comme cela arrive fréquemment, la malade n'a pas encore rendu de gaz. On donne un lavement boriqué ; il provoque l'émission de quelques gaz, mais en très petite quantité et peut-être est-ce de l'air introduit en même temps que le lavement. Nous prescrivons alors un verre de limonade purgative ; la malade en vomit la moitié, mais dans la journée, elle rend spontanément des gaz, puis vomit encore 4 fois.

Le 18, le troisième jour par conséquent, nous trouvons notre opérée fatiguée. Cependant la température n'est pas élevée (37°) ; le pouls atteint bien, il est vrai, 115 pulsations, mais il est ample et régulier et comme la malade a rendu des gaz la veille et a eu le matin même une garde-robe, nous ne sommes pas inquiet. Dans la journée, après notre visite, elle eut plusieurs vomissements, rendit son lait et eut même un vomissement porracé.

Le 19, ce qui nous frappe en arrivant, c'est l'altération des traits, l'aspect grippé de la face. Nous apprenons que depuis sa selle de la veille, la malade n'a pas rendu de gaz. La température reste normale (37 degrés) ; mais en même temps que le pouls a augmenté de fréquence (125) il a perdu en amplitude et régularité ; il est faible, mal frappé. Le ventre n'est pas ballonné, le palper n'est pas douloureux, sauf peut-être au niveau du pédicule. Le toucher vaginal ne décèle ni tuméfaction, ni douleur du côté des culs-de-sac.

La malade souffre cependant de douleurs et de coliques spontanées.

A partir de ce moment, il fut bien évident pour moi qu'il s'agissait là d'un cas d'occlusion intestinale.

Nous étions arrivés, en effet, au cinquième jour après l'opération ; avec la température restée normale, le pouls aurait dû être bon, la circulation intestinale rétablie et l'état général satisfaisant. Il n'en était rien. Ajoutez à cela que la veille, la malade avait eu des vomissements alimentaires et un vomissement bilieux verdâtre.

Nous fîmes électriser les parois de l'abdomen en prévenant toutefois qu'on se tint prêt pour une intervention chirurgicale.

Le soir, à 5 heures, notre malade n'avait toujours pas rendu de gaz et présentait une température inférieure à celle du matin (36°9). D'autre part, l'altération des traits était plus prononcée, le ventre ballonné dans la région sous-ombilicale. L'occlusion était évidente.

L'intervention ne fut pas différée plus longtemps. Après avoir été

chloroformisée avec beaucoup de ménagements la malade est opérée à 6 heures.

L'anesthésie est complète. Sans nous attarder à enlever un à un les points des trois plans de notre première suture ; nous en enlevons un par étage ; puis, guidant les ciseaux avec le doigt introduit dans l'abdomen, nous fendons les parois en un seul temps.

Lorsque les parois abdominales furent ouvertes et écartées par mon aide, nous pûmes constater que le grand épiploon, attiré et étalé avec tant de sollicitude, lors de la première intervention, avait disparu, s'était rétracté ; de la cavité péritonéale, il sortit une cuillerée à café ou deux de liquide séreux ; les anses intestinales que nous avions sous les yeux étaient légèrement distendues, mais ne présentaient aucune trace d'inflammation. Au-dessous de ces anses distendues nous en trouvâmes d'autres vides et aplaties, preuve indéniable qu'il s'agissait bien d'une occlusion intestinale.

En déroulant les anses intestinales, nous éprouvâmes une légère résistance du côté du petit bassin ; après avoir exercé une légère traction nous amenâmes bientôt au milieu de notre incision, une anse intestinale coudée en canon de fusil et présentant près de son sommet une sorte de champignon de matière fibrineuse, débris d'adhérences. Près de ce sommet siégeait un étranglement demi-circulaire assez serré, développé sur le bord libre de l'intestin.

Une fois l'anse libérée et ayant bien constaté qu'elle ne présentait aucune lésion, aucune perte de substance de ses parois, nous faisons passer les gaz du bout supérieur dans le bout inférieur. L'intestin est remis en place, l'épiploon retrouvé est étalé à nouveau en avant de sa masse, puis nous refermons l'abdomen, par une suture à deux plans, faite aussi rapidement que possible. •

L'opération a duré en tout dix minutes environ ; moins de temps qu'il n'en faut pour la décrire.

Au sortir de cette nouvelle intervention, la malade était naturellement assez affaiblie. A 8 heures du soir, sur notre conseil, notre interne lui fit une injection intra-cellulaire d'environ 500 grammes de sérum artificiel. Dès 10 heures du soir elle rendait spontanément quelques gaz.

Le lendemain matin, nous trouvons notre opérée avec un facies quelque peu meilleur, mais encore grippé et une teinte subictérique des conjonctives. Le ventre est souple. Nous prescrivons un quart

de verre de limonade purgative, et nous conseillons une nouvelle injection de sérum qui fut faite dans l'après-midi.

Le 21 l'état s'améliore, le pouls redevient bon. La malade a eu une garde-robe spontanée. La température monte pendant quelques heures à 38°5, mais retombe le lendemain à 37 degrés matin et soir.

Aujourd'hui notre malade est absolument remise de tous ces incidents et a repris la vie commune.

OBSERVATION III

Quénu. — *Nouv. arch. d'obst. et de gynec.* 25 sept. 1894.

Femme âgée de trente-sept ans, blanchisseuse, présentait habituellement des troubles digestifs très marqués, se traduisant fort souvent par des vomissements.

Atteinte d'une salpingite double avec adhérences, elle est opérée le 2 novembre 1893. Nous pratiquons l'hystérectomie suivant notre procédé. L'opération est pénible ; à chaque instant une anse intestinale vient faire hernie dans le vagin et doit être refoulée et maintenue dans l'abdomen à l'aide d'un tampon monté.

Le soir, la malade avait une température de 36°5. Le lendemain elle a vomi trois fois, sa température est de 36°5, la quantité d'urine est normale (600 gr.). Le surlendemain, la température est le matin de 36°8, le soir de 37°3.

Le troisième jour notre opérée a de nouveaux vomissements et, pour la première fois, rend, paraît-il, quelques gaz dans la matinée. Dans l'après-midi, l'émission des gaz cesse, et le soir la température s'abaisse à 36 degrés.

Le quatrième jour de nouveaux vomissements se produisent ; à notre visite, nous trouvons notre malade avec un faciès grippé, les yeux excavés, la mine terreuse ; le ventre est ballonné, le pouls petit et fréquent.

En présence de ces signes, je pensais à une occlusion par coudure d'une anse intestinale et adhérente à la collerette péritonéale. Nous pratiquons le toucher vaginal et nous trouvons cette collerette déjà refermée. Nous la décollons avec le doigt, que nous introduisons

ensuite dans la cavité abdominale, puis, le promenant tout autour de la collerette, nous avons la sensation fort nette que nous détachons quelques adhérences.

Une heure après, en même temps que les vomissements cessaient, la malade rendit des gaz ; le lendemain elle avait une selle, puis guérissait rapidement.

OBSERVATION IV

E. Tuja. — In Thèse de Lyon, 1894.

Femme de trente-huit ans. Kyste de l'ovaire droit, avec quelques adhérences au péritoine pariétal. Petits kystes de l'ovaire gauche. Double ovariectomie. Les pédicules liés sont abandonnés dans la cavité péritonéale.

Tout va bien pendant le premier septénaire. Les cinquième, sixième et septième jours qui suivirent l'opération, la malade eut une selle toutes les vingt-quatre heures. Pas de fièvre.

Du huitième au dixième, pas de selles. Purgatifs impuissants.

12^{me} jour. — T. 36°3. Symptômes d'occlusion intestinale très prononcés. Vomissements bilieux, presque fécaloïdes. Ventre pseudouloureux, non météorisé. En raison des selles qu'on a obtenues à la fin du premier septénaire, l'interne croit pouvoir temporiser jusqu'au lendemain.

13^{me} jour. — Vomissements fécaloïdes. Collapsus très prononcé. Réouverture de l'abdomen à 11 heures du matin. On constate l'asepsie péritonéale.

Eviscération de la masse intestinale. On constate une double adhérence avec coudure au niveau du pédicule droit. Une petite ulcération intestinale siégeant au niveau d'une coudure, laisse sourdre une petite quantité de matières fécales. Occlusion de cet orifice par quelques points de suture séro-séreuse.

Mort, cinq heures après l'opération dans le collapsus.

Autopsie. — On trouve une nouvelle adhérence de l'intestin grêle au pédicule, dans une région inférieure à celle qu'on avait libérée. Mais l'intestin non coudé à son niveau, se laissait facilement traverser par un courant d'eau. Il n'y avait plus de causes d'occlusion. La

suture séro-séreuse de l'orifice constaté a été reconnue suffisante par l'épreuve de l'eau.

L'insuccès opératoire doit, semble-t-il, être mis sur le compte d'une intervention trop tardive.

OBSERVATION V

Gouilloud. — In thèse de Tuja, 1894, Lyon.

Veuve L..., entrée dans le service de M. le professeur Laroyenne, le 11 décembre 1830, vingt-six ans.

4 février 1890. — Ablation d'annexes pour salpingite double, douloureuse, entraînant incapacité de travail.

Mickulicz intra-abdominal.

5. — T. 38°6 le matin, 38°8 le soir. Pouls difficile à compter. Vomissements. Crises hystériques. Pas de selles, pas de gaz.

6. — T. 39°2 le matin, 38°4 le soir. Pouls très inégal, impossible à compter. Facies grippé. Un peu de ballonnement du ventre ; vomissements liquides.

7. — T. 38°2 le matin, 38°1 le soir. Vomissements continuels. Pas de selles, pas de gaz.

8. — T. 39°2 le matin, 37°7 le soir.

9. — T. 38°6 le matin, 38°9 le soir.

Pendant ces derniers jours, les vomissements continuent et il n'y a toujours ni selles, ni gaz.

10. — Mort.

Autopsie. — Météorisme énorme, mais pas de liquide dans le ventre, pas de pus, pas de fausses membranes. Donc, pas de péritonite, malgré l'hyperthermie qui a été constatée.

Le Mickulicz est vu en place. Une anse intestinale croisant transversalement sa face supérieure lui adhère ; son volume n'atteint pas celui d'une anse normale. Au-dessus d'elle, dilatation extrême de tout l'intestin grêle.

Coudure avec angle bien net au niveau du bout supérieur de l'anse adhérente. 20 centimètres plus loin, autre point où l'intestin est

encore coudé, bleuâtre. Peut-être y avait-il encore là quelque adhérence.

Le premier coude se trouve à 50 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cæcale. Le gros intestin est absolument aplati.

OBSERVATION VI

Nicaise. — *Revue de chir.*, 1881

Homme de quarante-cinq ans, a été opéré, en 1875, d'une hernie inguinale droite étranglée. Depuis, il a présenté à diverses reprises des attaques de coliques atroces.

Dans ces derniers temps, il éprouva de nouveau, pendant quelques jours, un embarras intestinal, des vomissements; à la suite d'un purgatif, des accidents d'étranglement interne se développèrent avec une intensité foudroyante en quelques heures. M. Nicaise vit le malade le jour même du développement des accidents aigus; d'après les commémoratifs et les signes locaux, il pensa à un rétrécissement intestinal consécutif à la hernie étranglée ancienne et siégeant vers la fosse iliaque droite, côté de la hernie.

L'entérotomie de Nélaton est pratiquée et l'on tombe sur une anse très dilatée qui, incisée après la suture, donne issue à une très grande quantité de liquide et à des débris alimentaires non digérés.

Le malade n'est guère soulagé par l'opération et meurt le lendemain matin.

A l'autopsie, on trouve sur l'intestin grêle, à 3 mètres 40 du pylore, un rétrécissement particulier de l'intestin formé par l'adhérence des deux parties d'une anse. L'éperon qui en résultait avait gêné le cours des matières; le bout supérieur s'est considérablement dilaté et épaissi, l'inférieur s'est rétréci et aminci. En même temps, au-dessus de l'éperon, le bout supérieur s'est dilaté en ampoule dans laquelle se sont accumulées peu à peu des matières alimentaires non digérées et non digestibles (pellicules de raisin, os, noyaux, etc.). En outre, l'ampoule, par sa dilatation, comprimait l'origine du bout inférieur accolé sur elle, comme la vessie dilatée comprime l'uretère, d'où l'arrêt des matières. Il n'y avait pas de

lésions intestinales aiguës ; tous les phénomènes étaient dus à l'arrêt des matières.

OBSERVATION VII

Mathieu. — *Soc. méd. des hôpitaux*, 3 mai 1895

Femme de 56 ans, qui fut atteinte, quelques mois après avoir subi une hystérectomie vaginale, de troubles digestifs bientôt suivis de vomissements noirs. La palpation de l'abdomen ne révéla ni tumeur, ni résistance appréciable des régions gastrique et épigastrique. On crut cependant, en raison de l'amaigrissement très prononcé de la malade, de ses troubles digestifs et de ses vomissements couleur de suie, qu'il s'agissait d'un cancer de l'estomac.

Cinq jours après son entrée à l'hôpital, cette malade présenta des vomissements fécaloïdes et succomba dans la nuit.

Autopsie. — A dix centimètres environ de la valvule iléo-cæcale, une anse intestinale est enclavée dans la cicatrice vaginale. Cette anse est rétrécie sur toute la longueur de son inclusion cicatricielle, mais non complètement oblitérée.

De plus, il y avait, en amont de ce rétrécissement, une torsion de l'intestin sur lui-même ; malgré cela la lumière était restée perméable, car elle donnait facilement passage à l'eau qu'on y versait.

2° Occlusions dues à des brides.

Les occlusions par brides peuvent se produire en dehors de toute intervention chirurgicale et être le reliquat d'anciennes pérityphlites, pelvi-péritonites, péritonites, etc.

Mais elles peuvent aussi être consécutives à une opération. Dans ce cas, leur production reconnaît des causes analogues à celles qui déterminent les adhérences.

Les brides sont le plus souvent constituées par des franges d'épiploon ou de mésentère, ou d'un organe quelconque dila-

céré, qui viennent par leur extrémité libre se fixer à la paroi abdominale, au mésentère, au pédicule sectionné d'un kyste, etc. Dans quelques cas, la trompe de Fallope, l'appendice cœcal ou un diverticulum anormal de l'intestin se comportent de la même façon que ces franges, en s'attachant par leur bout libre sur un point du mésentère. Dans ces conditions, qu'une anse de l'intestin grêle vienne soit à s'engager entre la bride et les organes qui lui donnent attache, soit à chevaucher sur la bride elle-même, nous pourrions voir se réaliser au niveau de cette anse un étranglement plus ou moins complet et une véritable occlusion intestinale. Le premier de ces deux mécanismes s'observe avec des brides courtes, l'autre avec des brides d'une certaine longueur.

Ross rapporte un cas dans lequel l'occlusion intestinale est survenue cinq semaines après une hystérectomie abdominale ; à l'autopsie, on a trouvé qu'une petite portion de l'intestin adhérait aux bords de l'incision abdominale, derrière l'épiploon, et qu'une autre anse intestinale, siège principal de l'occlusion, était venue s'étrangler en s'interposant au-dessus de l'adhérence intestinale, entre la portion d'intestin fixé et la paroi abdominale.

Ch. Jacobs, de Bruxelles, rapporte un cas d'occlusion intestinale due à une bride éloignée, tendue entre l'utérus et la paroi abdominale à la suite d'hystéropexie. L'intestin était venu s'étrangler en se mettant à califourchon sur cette bride.

OBSERVATION VIII

Giresse. — Thèse de Paris, 1896. — Annexite. — Hystérectomie vaginale. — Occlusion intestinale consécutive. — Laparotomie. — Mort.

Madame G..., 34 ans, entrée, le 18 novembre 1895, dans le service de M. le docteur Tuffier, à la maison municipale de santé. Réglée à 18 ans, a eu trois accouchements, le dernier il y a 7 ans. A partir de ce moment, elle souffre dans le ventre, surtout pendant les règles, moins dans l'intervalle.

Pertes blanches abondantes dans l'intervalle des règles, qui sont très abondantes, durent longtemps et nécessitent plusieurs fois des piqûres d'ergotine.

Examen. — Col gros, mou; utérus peu mobile et gros; dans les culs-de-sac latéraux on sent un peu d'empâtement et une douleur très vive au niveau du cul-de-sac gauche. L'utérus mesure 7 cent. 1½.

20 novembre. — Hystérectomie vaginale.

Bascule de l'utérus par hémisection antérieure; les trompes et les ovaires sont enlevés; légère hémorragie à la fin de l'opération parce que les mors des pinces ne prennent pas toute la hauteur des ligaments larges.

Pansement avec des mèches de gaze iodoformée dépassant le niveau des pinces.

La trompe droite présente dans sa cavité une petite tumeur du volume d'une noisette, que M. Tuffier reconnaît être une grossesse tubaire.

21 novembre. — La malade va bien.

22 novembre. — Les pinces sont enlevées. Lavement glycérimé.

24 novembre. — Ablation des mèches iodoformées.

25 novembre. — La malade a un vomissement.

Jusqu'au 4 décembre, la malade va très bien.

4 décembre. — Douleurs très vives au niveau de l'estomac, vomissements aussitôt qu'un aliment est absorbé; garde-robe régulière.

5 décembre. — Matin, les vomissements persistent, ainsi que la douleur; ils sont noirâtres; pouls bon et peu fréquent. Rien d'anormal par le toucher vaginal. Potion de Rivière, piqûre de morphine.

5 décembre soir.— La douleur persiste et se localise un peu au-dessous du creux épigastrique ; pas de vomissements de la journée.

6 décembre.— La malade va mieux, souffre moins, mais a eu de nouveaux vomissements.

7 décembre.— Vomissement très abondant ; piqûre de morphine ; crises de douleurs très violentes.

10 décembre.— Pas de vomissements depuis 24 heures ; constipation absolue malgré les lavements purgatifs ; le ventre n'est pas tendu ; peu de météorisme. Glace sur le ventre.

12 décembre.— Douleurs violentes ; vomissements abondants, noirâtres et fétides.

13 décembre. — Les vomissements sont devenus fécaloïdes. M. Tuffier décide de pratiquer la laparotomie. Pendant tout l'intervalle du 20 novembre au 13 décembre, la température a oscillé autour de 37° et n'a atteint qu'une fois 38°, le troisième jour ; le pouls, qui battait 90 pulsations en moyenne, commence à s'accélérer le 9 décembre, 110 ; les 10, 11 et 12, il est à 120 ; le 13, à 150, incomptable.

Le ventre est resté souple et plat jusqu'aux derniers jours, et n'a presque pas été météorisé. La constipation ne s'est déclarée que le 10 décembre.

Laparotomie sur la ligne médiane. On trouve les anses intestinales très distendues. Pas de traces d'épanchement ni de rougeur. Une adhérence au niveau de la cicatrice est libérée. On trouve une bride allant de l'épiploon sur les parties latérale et antérieure du petit bassin, au pourtour de la cicatrice vaginale ; cette bride a le volume d'un porte-plume.

Une anse intestinale s'est glissée entre elle et la paroi et s'est étranglée.

Section de la bride. La circulation de l'intestin se rétablit immédiatement. Pas de traces de gangrène de l'intestin. Suture des parois. Mèche dans le ventre. La malade se réchauffe difficilement, continue à vomir ; pouls, 140 ; T. 36°6 ; 150 gr. de serum.

14 décembre. — T, matin, 40°3 ; soir, 41°6 ; pouls incomptable, piqûres caféine et éther.

Mort.

OBSERVATION IX

Rouffart, de Bruxelles.— *Revue de clinique et thérapeutique*, 1894.— Hystérectomie vaginale.— Ileus consécutif.— Laparotomie.— Mort.

Malade ayant quitté le service depuis un mois ; elle rentre à l'hôpital Saint-Jean dans le service de M. Stiénon, qui la fit recevoir dans mon service après avoir constaté une occlusion intestinale. Mon adjoint, le Dr Poncelet, pratiqua une première laparotomie et trouva une bride qu'il sectionna ; mais l'obstacle au cours des matières ne fut pas levé et deux jours après je pratiquais une nouvelle laparotomie pendant laquelle je trouvais : « une deuxième bride formée par l'épiploon qui, ayant glissé le long de la paroi abdominale et en arrière de la vessie, était venu se fixer au moignon formé par les ligaments larges et le vagin. »

La malade mourut, le troisième jour, du choc opératoire causé par toutes ces interventions. Elle était d'ailleurs alcoolique.

OBSERVATION X

Schiffer. — *Centr. fur gynaek.*, 1894.

Mlle St..., 52 ans. Opération dans le décubitus dorsal, le 28 septembre 1891. Kyste glandulaire de l'ovaire (contenant huit litres de liquide environ), avec thrombose partielle des veines de la paroi consécutive à une torsion du pédicule.

Opération facile, typique.

Suites complètement normales pendant la première semaine. Température la plus élevée, 37°5. Pouls le plus fréquent 104 une fois, ordinairement au-dessous de 100.

Au troisième jour, dégagement des premiers gaz. Le huitième jour, selles normales à l'aide de l'huile de ricin. Quelques heures après, douleurs de ventre, vomissements qui prennent bientôt un caractère fécaloïde. Pas de ballonnement considérable du ventre.

Pendant la nuit du huitième au neuvième, encore une évacuation de matières un peu consistantes après un lavement. Le neuvième jour, le matin, collapsus, mort.

Autopsie.— Adhérence d'une frange épiploïque du colon descendant, particulièrement longue et large, avec le pédicule de la ligature. Par dessous cette bride, une circonvolution de l'intestin grêle avait glissé et avait été coudée; sa séreuse s'était aussi soudée depuis peu avec le pédicule.

3° Occlusions dues à la compression de l'intestin.

Ces occlusions siègent presque toujours dans l'excavation pelvienne et reconnaissent deux causes principales : tantôt c'est une compression exercée par le pansement, comme dans le cas cité par M. Legueu, où après une hystérectomie, le tamponnement vaginal trop serré avait occasionné des symptômes d'occlusion par la compression énergique qu'il exerçait sur le rectum, dont il effaçait complètement le calibre. Les accidents cessèrent dès que le tamponnement fut enlevé.

D'autres fois, la compression est due à la chute dans l'excavation pelvienne, soit d'un pédicule après ovariectomie, après ablation de myomes utérins, etc., soit d'un épanchement sanguin, soit enfin de l'utérus hypertrophié après opération césarienne ou après castration. Dans ce dernier cas, l'utérus, n'étant plus soutenu par les ligaments larges, retombe entraîné par son poids et peut venir comprimer l'intestin entre son propre corps et la paroi du bassin.

Dans tous ces cas, d'ailleurs, la compression est associée à un certain degré de péritonite qui favorise la production de l'occlusion par la formation de vastes adhérences.

OBSERVATION XI

Terrillon. — *Bulletin et mémoires de la Soc. de chirurgie de Paris*, 1885, p. 472

Mlle D..., 32 ans, entrée à l'hôpital le 9 janvier 1885.

Tumeur fibreuse du fond et de la face postérieure de l'utérus, occasionnant d'abondantes hémorragies, de la compression de la vessie et du rectum, enfin, des douleurs intolérables dans l'abdomen, les lombes et les membres inférieurs.

Je me décide pour la castration double, me réservant, s'il était possible, de faire l'ablation de l'utérus.

Laparotomie, le 24 mars. La tumeur me sembla inopérable à cause de ses rapports avec les ligaments larges, et du volume de la partie comprise dans le petit bassin. Je fis la castration double.

Le lendemain, la malade a des vomissements ; l'état général est assez bon.

26 mars. — Elle rend du gaz par l'anus, ce qui la soulage. Le soir, le ventre est ballonné, les gaz ne passent plus, le pouls est petit, la malade agitée.

27. — Eructation, gaz par la bouche, nausées. Les lavements ne donnent pas de soulagement. On sent que l'obstacle est dû à la tumeur utérine qui comprime le rectum. Pouls petit. Temp. ne dépasse pas 38°.

28. — Douches ascendantes à l'eau de Seltz, nombreuses ; débâcle légère.

29. — Amélioration. La malade mange un peu le 29 mars. Les deux parotides sont gonflées et douloureuses.

Du 30 mars au 4 avril. — Mêmes accidents et même intervention, qui n'amène que des débâcles passagères. La malade s'affaiblit, l'abdomen a un ballonnement considérable.

Du 6 au 12 avril. — Etat général moins mauvais, toujours difficultés extrêmes pour obtenir des selles et le passage des gaz par les purgatifs et les lavements profonds. Les parotides sont toujours douloureuses et gonflées.

15. — Phlegmatia alba dolens de la jambe droite. Quelques

jours après, la gauche est prise également, ainsi que la paroi abdominale inférieure et les parties génitales externes.

21-25. — Affaiblissement. Alimentation insuffisante, ventre très ballonné.

A partir du 25. — Affaiblissement progressif jusqu'à la mort, le 1^{er} mai.

Autopsie le 3 mai.

Aucune trace de péritonite.

De chaque côté de l'utérus, volumineux et bosselé, se trouvent les pédicules ovariens cicatrisés et non adhérents.

Derrière l'utérus, le rectum est comprimé et aplati dans une étendue de 25 centimètres. Au-dessus, se trouve une ampoule énorme, formée par l'S iliaque, pleine de matières fécales dures.

L'utérus volumineux et remplissant en partie le petit bassin déborde beaucoup au-dessus du détroit supérieur.

Quelques veines du bassin sont le siège de phlébite avec caillots noirs ramollis.

La malade est donc morte des suites de l'obstruction intestinale avec phlébite non purulente des veines du bassin et des iliaques.

OBSERVATION XII

Kehrer. — *Centralbl. f. Gyn.*, 1894.

Myome utérin. — Hystérectomie abdominale avec castration

Madame R..., 30 ans, entre à l'hôpital le 18 octobre 1887, pour tumeur dure et ovalaire de la partie inférieure de l'abdomen.

Réglée à 17 ans. Une grossesse il y a 11 ans.

Depuis 8 mois, ménorragie, anurie qui nécessite le cathétérisme.

Femme maigre, pâle.

A l'examen, la tumeur paraît nette à la face postérieure du corps et de l'utérus, qui est incliné en avant et élevé; utérus et tumeur peu mobiles.

Le 22 octobre on fait la laparotomie.

Comme il était impossible de tirer l'utérus dans l'incision de l'abdomen, on a renoncé à l'énucléation et on a fait la castration.

Dans la nuit qui suit l'opération, nausées, polyurie, émission de gaz.

Le lendemain, mêmes symptômes, quelques vomissements.

25 octobre. — Abdomen un peu tendu. Pas de gaz.

27. — Météorisme plus fort.

28. — On enlève deux sutures de l'angle inférieur de l'incision. Par l'ouverture que présente la plaie, on voit une anse intestinale couverte de tissu fibreux ; on la recouvre de gaze iodoformée.

30 octobre. — Gonflement énorme de l'abdomen. Douleur aiguë dans le flanc gauche. Vomissements fréquents. Ponction de l'anse intestinale. Drainage de la plaie.

2 novembre. — Vomissement de matières fécaloïdes. On établit un anus artificiel à l'intestin grêle, d'où s'échappent d'abondantes matières jaunes, liquides.

3 novembre. — Sueur froide, dyspnée, pouls filiforme. Mort.

A l'autopsie, adhérence entre le grand épiploon et la paroi abdominale. Plaie souillée de matières fécales. Une anse d'intestin placée contre les lèvres de la plaie présente une petite ouverture.

Anses intestinales dilatées. Points de nécrose sur tout le colon descendant sans perforation.

Intestin couvert d'une sécrétion purulente.

Rectum comprimé, offre des parois normales.

OBSERVATION XIII

¹ Kehr. — *Centralbl. f. Gyn.*, 1894

Ostéomalacie. — Opération césarienne

Mme R..., 36 ans, réglée à 14 ans, 7 grossesses. Début de l'ostéomalacie au début de la troisième grossesse. Provocation d'avortement pour cette couche. Les quatrième, cinquième et sixième grossesses s'achèvent assez normalement. Dans la grossesse actuelle, qui a débuté à la fin de mai 1893, il n'y a pas de souffrances.

Le 27 février 1894 commencent les douleurs. Rupture de la vessie. Opération césarienne décidée.

Cette intervention a lieu le 1^{er} mars, à 7 heures du matin. Après

délivrance d'un enfant qui a vécu quelques instants, on fait dix sutures profondes et quelques-unes superficielles. Les deux trompes ont été liées.

Après l'opération, vomissements. Glace, cognac.

Le 3 mars. — Vomissements, météorisme.

Le 4 mars. — Toujours vomissements et météorisme. Pas de selles. Quelques gaz.

Sur le soir, vomissements plus fréquents, avec température de 39°5 et 150 pulsations.

Le 5 mars, à 5 heures du matin, sueurs froides, collapsus et mort.

A l'autopsie, abdomen fortement gonflé. Intestin et péritoine présentent une couleur rougeâtre. Un demi-litre de liquide sanguinolent se trouve dans la cavité abdominale.

Le gros intestin est très gonflé. Rectum vide et contracté.

Utérus, du volume d'une tête d'enfant, fixé dans le petit bassin. La plaie utérine est bien fermée.

Intestin grêle très dilaté, rempli de liquide.

Dans le cæcum et le colon ascendant, membranes adhérentes présentant des points rougeâtres.

OBSERVATION XIV

Spenser Wells. — *On ovarian and uterine tumors.* — London 1872.

L'épiploon, qui avait été trouvé adhérent, fut fixé dans l'angle supérieur de la plaie, le pédicule de la tumeur vers son milieu à l'aide d'une aiguille. Au bout de 48 heures à peine la malade mourut, après avoir présenté des vomissements de matières verdâtres et de la distension abdominale. Wells, attribuant ces symptômes à la fixation du pédicule, avait enlevé déjà l'aiguille qui traversait le collet.

Autopsie. — Une anse d'intestin grêle était enclavée dans l'espace compris entre le fond de l'utérus, le pédicule et la paroi abdominale. La cavité péritonéale était remplie d'exsudat.

OBSERVATION XV

Schroder. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1879, n° 1.

Femme A..., 44 ans. L'ovariotomie fut très laborieuse, à cause des larges et fortes adhérences qui donnèrent lieu à une hémorragie capillaire si abondante qu'il fallut procéder à la ligature de l'artère épigastrique gauche.

L'opérée mourut le onzième jour, au cours d'une deuxième laparotomie commandée par des vomissements fécaloïdes. Le rectum était comprimé devant l'articulation sacro-iliaque droite, par le pédicule adhérent à cet endroit.

OBSERVATION XVI

Giresse. — Thèse de Paris, 1896

Fibrome de l'utérus remontant à mi-distance de l'ombilic et du pubis. — Hystérectomie vaginale. — Au troisième jour, phénomènes d'occlusion intestinale qui n'ont cédé que par l'ablation des mèches. — Guérison.

Madame X..., âgée de 30 ans, opérée à la maison Dubois, le 22 octobre 1895.

Indication opératoire. — Était basée sur l'âge de la malade, les douleurs pelviennes et l'abondance des métrorragies.

L'opération dura une heure ; la masse morcelée comprend 30 morceaux et pèse 1,300 grammes.

Suites opératoires. — 23 octobre. — Vomissements alimentaires, mais état général satisfaisant. Température et pouls normaux.

24 octobre. — Les vomissements persistent et sont noirâtres. La malade se plaint de brûlure épigastrique et de coliques violentes avec sensation d'arrêt brusque des mouvements péristaltiques du côté de la fosse iliaque gauche. C'est à ce niveau que le météorisme est le plus prononcé, le ventre est d'ailleurs très ballonné, les anses intestinales se dessinent sous la paroi et on perçoit les mouvements

vermiculaires de l'intestin. La température ne dépasse pas 37°8, le pouls est très bon, mais la dyspnée est assez prononcée et, malgré le besoin incessant qu'elle en éprouve, la malade ne rend par l'anus ni gaz, ni matières. L'introduction d'une sonde dans l'anus ne donne aucun résultat.

25 octobre. — Ablation des pinces. Cette ablation n'amène aucune amélioration et, dans l'après-midi, les phénomènes d'obstruction intestinale ne font que se succéder. La température reste normale, mais le facies prend un aspect caractéristique. Le ballonnement augmente, le pouls s'accélère et les vomissements persistent sans toutefois devenir fécaloïdes. En présence de ces symptômes, l'interne de service procède à l'ablation immédiate des mèches, en plaçant la malade en travers sur son lit et en écartant les parois vaginales avec deux valves. Au cours de cette manœuvre, un morceau d'épiploon ayant été entraîné dans le vagin avec une mèche, il est aussitôt soigneusement lavé et réintégré dans la cavité abdominale. Une heure après, l'obstruction ne cédant pas, on administre un lavement gazeux; sa pénétration provoque une douleur extrêmement violente, mais, au bout d'un instant, des gaz sortent par l'anus, le cours des matières se rétablit dans la soirée et, à partir de cet instant, la guérison suit son cours sans nouvel incident.

4° Occlusions dues à des positions vicieuses de l'intestin

Voici comment Tuja, dans sa thèse de doctorat, explique la production de ces occlusions :

« Ou bien une portion d'intestin s'enroule sur elle-même, se déplace de façon à constituer un volvulus, ou un nœud, ou un anneau dans lequel pourra venir s'étrangler une autre anse intestinale.

» Ou bien ce sont des paquets d'intestin qui, subissant des migrations anormales, ou des mouvements de torsion en masse, peuvent se comprimer ou se tordre, de manière à obturer leur calibre.

» Ou bien enfin, ce sont des anses qui s'engagent dans des orifices anormaux ou dans des espaces étroits, dont l'existence résulte de l'intervention.»

Plusieurs auteurs soutiennent que la condition nécessaire pour la production du volvulus est l'existence préalable d'adhérences qui fixent l'intestin, et produisent un commencement d'occlusion.

Comme, dans ces conditions, il y a presque toujours exagération des mouvements péristaltiques, le segment d'intestin fixé, ne pouvant suivre ces mouvements, se contourne sur lui-même et produit l'occlusion.

Dans d'autres cas les anses intestinales s'engagent à travers des cavités ou orifices anormaux, créés au cours de l'opération, ou déjà préexistants. On a pu ainsi observer des engagements de l'intestin à travers un trou de l'épiploon, du mésentère, surtout à travers la plaie vaginale après hystérectomie.

L'épiploon adhérent au péritoine pariétal, un pédicule de kyste de l'ovaire, adhérent à l'utérus et au bassin, ont eu formé des espaces, dans lesquels l'intestin est venu s'étrangler.

OBSERVATION XVII

Schiffer. — *Centr. fur. gynaek.*, 1894

Mme J..., 39 ans. Opération dans le décubitus dorsal. Kyste glandulaire, proliférant, multiloculaire, de l'ovaire droit. Hématosalpingite, périsalpingo-oophorite chroniques gauches. Poids du kyste, 6 kilos. Adhérences volumineuses dans la cavité du bassin. Kysto-ovariotomie droite. Salpingo-oophorectomie gauche.

Suites. — Déjà, dans les premiers jours, un peu de tympanisme, malaise, éructation; cependant pas de vomissements encore. Selles 6 heures après lavage de l'estomac et un lavement avec 40 gr. d'huile de ricin. Le troisième jour, évacuation spontanée. Malgré ça, météorisme croissant, éructation, vomissement, léger ictère. Après

un lavement de térébenthine au sixième jour, dégagement abondant de gaz. Mais bientôt leur émission cesse complètement. Un nouveau lavage de l'estomac et un lavement avec de l'huile de ricin ne donnèrent aucun résultat. Température la plus élevée le soir du deuxième jour, 38°1 ; jusqu'au septième jour, elle oscille entre 37°2 et 37°8.

Pouls entre 100 et 110. Après le septième jour, élévation de la température jusqu'à 40° et le pouls jusqu'à 160.

Mort avec des phénomènes de collapsus le huitième jour après l'opération.

Autopsie. — Adhérences d'une bride épiploïque avec le pédicule droit. Au dessous, une circonvolution de l'intestin grêle, tordu autour de son axe dans un état de gangrène bien avancée. Tout près un foyer sanieux enkysté.

OBSERVATION XVIII

Schiffer. — *Centr. fur gynæk.* 1894.

Mademoiselle Ach., 45 ans. Opération dans la position de Trandelbourg. Myômes multiples du corps de l'utérus, le plus volumineux, intramural, de la grosseur de la tête d'un enfant. Kyste hématique de l'ovaire droit ainsi que de l'ovaire gauche, mais ici avec un sarcome médullaire ayant le volume du poing. Laparo-oophoro-hystéromyomectomie. Long pédicule intrapéritonéal, modifié d'après Schroder.

Suites de l'opération. — Vomissements fréquents dès le début. Après 48 heures gaz spontanés, et le jour suivant, gaz après lavement de térébenthine. A partir du quatrième jour, ballonnement croissant du ventre. Langue humide. Sensation comme s'il y avait quelque chose qui ne voudrait pas sortir. Lavages de l'estomac, administration de l'huile de ricin par la bouche et lavements de térébenthine, sans résultat. Température la plus élevée le deuxième jour (après l'opération) 38°8. Pouls le plus fréquent à la même époque, 132 ; les autres jours, 100 et 110 pulsations avec une température de 37°4 à 38°0. Vomissements continus et à la fin fécaloïdes. Collapsus croissant et mort le sixième jour après l'opération.

Autopsie. — Pas de péritonite. Pas de tumeur de la rate. Dans la cavité du bassin, un peu de liquide séreux sanguinolent. Sur le

pédicule, des formations fibrineuses isolées. Intestin grêle jusqu'à 20 cm. au-dessus de la valvule de Bauhin fortement enflé. Le reste de l'iléon et le gros intestin, affaissés complètement. Au pédicule adhérent trois circonvolutions de l'intestin grêle, dont une est en partie coudée, en partie tordue et imperméable sur une étendue de 6 cm. On trouve des gouttes d'huile de ricin jusqu'au point de coudure.

OBSERVATION XIX

Schiffer. — *Centr. fur gynaek.* 1894

Madame H., 51 ans. Opération dans la position de Trandelbourg (présentation du siège relevé), le 2 mars 1892 pour une rétroflexion de l'utérus myomateux et fixe, avec double hydrosalpingite, péri-salpingo-oophorite, pelvi-péritonite chronique et hernie inguinale épiploïque double. La femme, réglée encore, éprouvait de fortes douleurs dues au déplacement du rectum par le myome qui était de la grosseur du poing. L'opération a consisté en une décortication de l'utérus de l'espace de Douglas, en une double salpingo-oophorectomie avec ventrofixation de l'utérus par suture des deux pédicules à la paroi abdominale antérieure. Suture des deux orifices du sac herniaire du côté de la cavité abdominale.

Suites. — Pouls et température un peu élevés les premiers jours après l'opération, une fois jusqu'à 38°5 et 120. Ordinairement la température oscillait entre 37° et 37°6. Pouls seulement 100. A partir du 2^{me} jour, léger ballonnement du ventre, dégagement de gaz à l'aide d'un lavement de térébenthine d'abord, spontanément les jours suivants. Le 8^{me} jour, évacuation à l'aide de l'huile de ricin. Mais le ventre ne s'affaisse pas et la perméabilité de l'intestin s'arrête bientôt complètement. Le 12^{me} jour après l'opération, pour la 1^{re} fois, vomissements qui durent jusqu'au 14^e et qui ne deviennent fécaloïdes que plus tard. Une deuxième laparotomie était décidée, le 14^e jour, quand, de nouveau, l'intestin est devenu perméable, et comme l'état général s'était maintenu bon, on s'en est abstenu. Le 15^e jour après l'opération, vomissements fécaloïdes et formation très rapide de météorisme, d'où laparotomie le soir. Le ventre s'affaissa, mais le collapsus

apparut, et la malade succomba 12 heures plus tard, le 16^e jour après l'opération.

Autopsie. — Dans l'espace de Douglas, à l'endroit où les annexes droites avaient été détachés, se trouvait coudée sous forme d'un U, une longue circonvolution d'intestin grêle, fortement infiltrée de sang, et présentant, au point de coudure, un début de gangrène.

OBSERVATION XX

Gouilliou — Congrès français de chirurgie, 1893.

M. G..., domestique, âgée de 40 ans, célibataire, présentant une tumeur manifeste de l'abdomen, se soumet pour la première fois à mon examen, le 13 décembre 1891. Il y a à peu près un an qu'elle a remarqué le développement exagéré de son ventre. Ses règles avaient été régulières, non exagérées, jusqu'au mois d'août 1891; puis, elles devinrent irrégulières, disparaissant trois mois, pour revenir à des intervalles de un mois et demi. Les dernières ont été plutôt moins fortes que les précédentes, c'est-à-dire plutôt moins abondantes que normalement. On n'ose, cependant, guère compter sur une ménopause précoce, et la tumeur abdominale marche toujours.

Il s'agit, manifestement, d'un volumineux fibrome bilobé, dont la masse principale atteint l'ombilic, une seconde, comme surajoutée, le dépassant à droite. Circonférence abdominale, 93 centimètres. Par le toucher vaginal, que la persistance de l'hymen rend difficile, on atteint avec peine un petit moignon cervical très haut, sur le côté gauche de la surface inférieure arrondie de la tumeur, qui plonge à peine dans le bassin.

Un peu de constipation; pas de gêne pour uriner; œdème léger de la jambe gauche.

Le 7 juin, la tumeur a augmenté sensiblement, ce qu'indiquent la mensuration et le niveau de la tumeur, qui atteint les fausses côtes droites.

Cependant, l'état général reste bon. Les règles viennent de manquer trois mois. L'œdème des jambes est devenu des plus accentués, bien que ne gênant pas la marche.

M. Laroyenne conseille l'intervention, qu'il reconnaît très grave ; mais la malade la refuse.

Le 28 septembre, malgré 10 séances d'électrisation. (Apostoli, intracervicale, positif, de 100^{mm}) faites pendant le mois d'août et septembre, la tumeur a encore augmenté, et les troubles de la miction apparaissent ; mictions un peu plus fréquentes le jour, et particulièrement le matin.

La circonférence abdominale atteint un mètre. La tumeur est devenue fluctuante dans sa partie la plus saillante ; actuellement elle atteint l'épigastre.

M. Fochier, consulté, conseille l'opération, la vie de la malade lui paraissant menacée à brève échéance, si l'on n'intervient pas.

J'opère la malade le 3 octobre, dans le service de M. Laroyenne, que je supplée. M. Fochier veut bien assister à cette opération, qui s'annonce grave et difficile.

Incision sterno-pubienne d'emblée.

Le fibrome hors du ventre, on constate que l'S iliaque est adhérente par dédoublement et suppression de son méso ; c'est dire que l'on reconnaît que le fibrome est intra-ligamentaire.

J'ai heureusement l'idée, au lieu d'isoler l'intestin, de tenter l'énucléation. Je fais immédiatement au bistouri, sur la face postérieure de la tumeur, un peu au-dessous de sa partie moyenne, une incision transversale très superficielle. Je décolle vite et aisément la partie inférieure de la face postérieure, puis les faces latérales, après avoir achevé d'inciser les couches les plus superficielles sur les côtés. Cette énorme tumeur s'énuclée comme par enchantement. Quand elle est renversée en avant, j'achève de sectionner la couche de revêtement de la face antérieure, loin de la vessie.

Pas un jet artériel ; pas une hémorragie veineuse importante. On met sur la coque d'énucléation deux ou trois pinces hémostatiques, que l'on supprime aussitôt à cause de la difficulté de lier et devant l'insignifiance de l'hémorragie. Ainsi, ni ligature, ni pinces à demeure. L'utérus est aplati sur le côté.

Marsupialisation du fond de la poche, que l'on tamponne faiblement à la gaze iodoformée. On veille à ce que l'S iliaque ne soit ni coudée, ni trop tirée par la fixation de la poche, au bas de la ligne de suture.

Triple surjet au catgut.

La tumeur, fibrome kystique, est formée d'une tumeur charnue de 5 kilos 500, et creusée d'une cavité renfermant plus de 3 litres de liquide. Son poids total était donc de plus de 8 kilos.

Le soir, la malade est longue à se réchauffer. Suintement sanguin, par la mèche iodoformée, nullement inquiétant. Pouls 88. T. rectale, 37°

Le 4 octobre, aucun symptôme fâcheux ; facies bon ; pouls à 120 ; température rectale à 38°6 et 39. La malade est seulement un peu abattue. Elle se plaint à la sœur de service, d'une petite douleur dans la fosse iliaque droite.

Le 5 octobre, un cachet de calomel ; puis un lavement, qui amène quelques matières. Pouls un peu moins rapide ; température rectale à 38°2 et 38°3. Bonne impression. Cependant, la purgation n'a pas agi ; très léger ballonnement ; toujours de l'abattement ; la malade ne veut rien prendre.

Le 6, pas de sommeil la nuit. Coliques, envies d'aller à la selle sans le pouvoir ; beaucoup de borborygmes ; deux vomissements, après avoir pris une verrée purgative.

Devant l'absence de selles, nous enlevons le tamponnement de la poche marsupialisée.

Le 7, un lavement ramène quelques matières. Cependant, la malade ne se relève pas. T. 38°4 et 38°8.

Le 9, la malade mange un peu. T. 37°8 et 38°4. Je crois être sûr du succès.

Le soir, la malade, qui jusque-là avait à peine souffert de quelques coliques, se plaint beaucoup du ventre, et spécialement d'un point limité dans la fosse iliaque droite.

Le 10, une verrée purgative ; puis, le soir, un cachet de 0,25 de calomel. On attribue la persistance des douleurs abdominales à l'insuffisance des selles. Premier vomissement alimentaire. Cependant, ce n'est ni le facies, ni le pouls, ni le ventre d'une péritonite. L'expansion abdominale, à l'inspiration, a toute son ampleur. M. Laroyenne, qui voit la malade, affirme qu'elle n'a pas de péritonite. T. 37°4 et 38°2.

Le 11, nous commençons vraiment à craindre de l'obstruction intestinale. Les anses intestinales se dessinent. La malade se plaint toujours de coliques violentes. Je constate un point particulièrement sensible, en dedans de la fosse iliaque droite, qui, dès le début, a été

le siège d'une douleur modérée, mais fixe. Je veux ouvrir le ventre, croyant à de l'obstruction par adhérences. La malade s'y refuse, suppliant d'attendre le lendemain, ce qu'on croit pouvoir faire. La malade n'a, en somme, que des coliques intestinales, en l'absence de selles. Mais aucun symptôme péritonéal.

Le soir, le pouls commence à faiblir. Cependant, des lavements purgatifs ont amené quelques matières.

Le 12, nous trouvons la malade un peu mieux, ou plutôt moins mal. Coliques moins vives, ballonnement moindre ; pouls meilleur, à peine 120. T. 37°6 ; extrémités réchauffées.

Un verre d'eau de Rubinat ramène les coliques, sans déterminer de selles ni de vents. Aussi, le ballonnement reprend toute sa tension, toujours le même point douloureux à la pression.

Le 13, la malade a vraiment baissé. Il n'y a plus rien à espérer du traitement médical.

On dirait une hernie étranglée, pas de température, 37°4 ; pouls rapide, encore fort, bien comptable.

Il semble que la malade est encore assez forte pour supporter une entérotomie. Le point douloureux fixe indique probablement le siège de l'obstruction.

Incision dans la fosse iliaque droite. Le péritoine ouvert, je reconnais qu'il n'y a absolument pas trace de péritonite. Un peu de sérosité.

Je trouve le cæcum peu distendu, puis l'extrémité inférieure de l'intestin grêle affaissée, comme tendue sur un plan fibreux formé par la poche marsupialisée, sans mésentère, et même comme recouvert simplement par le péritoine, au lieu d'en être enveloppé. Cette disposition tient, sans doute, au développement de la tumeur, qui a supprimé le mésentère, et dépouillé, pour ainsi dire, cette partie de l'intestin des deux tiers de son enveloppe péritonéale, sur une longueur de 10 centimètres.

Au niveau du point fixe douloureux, l'intestin se coude, c'est la jonction de la partie fixe et de la partie mobile de l'intestin grêle. Le péritoine passe, comme épaissi et cicatriciel, sur ce coude.

Au-dessus, l'intestin est brusquement distendu. Il n'y a aucun doute possible sur le diagnostic d'occlusion par coudure. Un anus artificiel est établi à la partie distendue de l'intestin grêle, à 10 cen-

timètres du cæcum. Ecoulement abondant de matières ; cessation des coliques.

Mais la malade ne résiste pas à ce choc ; elle va s'affaiblissant et meurt dans la nuit.

L'autopsie permet de reconstater de nouveau la disposition indiquée de l'occlusion intestinale. La tension de la poche marsupialisée n'est pas exagérée. Tout le mal vient de ce que l'extrémité inférieure de l'intestin grêle n'avait plus de mésentère, et que sa portion libre rencontrait la portion immobilisée, en faisant un angle.

Les purgatifs répétés n'aboutissaient qu'à exagérer les coliques, le tympanisme, les réflexes.

L'intervention secondaire a été trop retardée.

OBSERVATION XXI

Riche. — *Gazette des Hôpitaux*, janvier 1895

P. (Edmond), cocher, vingt-neuf ans, entré salle Malgaigne, le 12 novembre 1894. Hernie inguinale droite, bubonocèle ; le ventre présente des parois solides, la santé générale est bonne, aussi consent-on facilement à l'opération demandée par le malade.

15 novembre. — Cure radicale par le procédé de Bassini, que nous employons toujours, et dont nous n'avons qu'à nous louer. L'opération se présente dans les conditions les plus simples ; sac de petit volume, facile à isoler du cordon ;

L'épiploon se présente. Nous en extrayons tout ce qui veut venir sans traction trop forte. Nœud de Lawson Tait à la soie et résection au ras de l'orifice. L'épiploon est lié à la soie et réséqué. Les deux plans antérieur et postérieur du trajet inguinal sont reconstitués chacun par un surjet à la soie.

En somme, opération des plus faciles et très rapide.

Le soir, température 37°5, facies excellent.

L'opéré se plaint d'un peu de douleur au niveau de l'hypocondre droit, ce qui ne nous inquiète pas, les pédicules épiploïques étant, presque toujours, un peu douloureux le premier jour. Aucun vomissement.

16 novembre. — Le matin, température 37°3. Rien à noter. A la contre-visite, température 38°1. L'opéré n'a pas eu de vomissements spontanés, mais a vomi à plusieurs reprises le lait qu'il avalait. Le facies est bon, le pouls pas fréquent et de force normale. Prescription: glace à l'intérieur et champagne glacé.

17. — Le matin 38°5. Le ventre est un peu ballonné. La pression n'en est pas douloureuse. On prescrit un lavement, qui ne ramène presque rien. Le soir, température 38°4. Le ballonnement a augmenté; le malade a vomi tout ce qu'il a pris dans la journée. Le ventre n'est pas douloureux à la pression, le pouls un peu fréquent est ample, la langue humide, les extrémités chaudes.

Pensant à un peu de réaction du côté du moignon épiploïque, au lieu de faire administrer le purgatif salin que nous avons l'habitude d'ordonner, nous prescrivons de l'huile de ricin, à prendre par cuillerée à café de demi-heure en demi-heure. Vessie de glace sur la région sus-ombilicale.

18 novembre. — Le matin, température 38 degrés. Pendant la nuit quelques vomissements spontanés, ni fécaloïdes, ni porracés, bilieux. Le malade n'a pas eu de selle, ni de gaz. Le pouls est devenu plus fréquent, tout en restant bien frappé; pas de refroidissement des extrémités, langue humide. Le ballonnement a beaucoup augmenté dans la région sus-ombilicale et le facies s'est notablement altéré.

Nous pensons à de l'épiploïte adhésive ayant causé de l'occlusion intestinale; pourtant la douleur de l'hypocondre droit a disparu; le malade se plaint un peu de toute la partie supérieure du ventre dont la palpation est peu douloureuse.

Avec M. le docteur Brodier, chef de clinique, nous décidons que l'intervention opératoire s'impose et faisons tout préparer pour laparotomiser le malade à deux heures de l'après-midi.

A deux heures le ballonnement a augmenté dans d'énormes proportions. Le facies s'est considérablement altéré, le pouls est plus petit, la respiration est gênée.

Laparotomie sus-ombilicale par M. Brodier. La tranche de section de la paroi ne donne que du sang noir. Le péritoine ouvert, on aperçoit le grand épiploon très mince recouvrant des anses grêles qu'on distingue au travers, très distendues et congestionnées. Aucune adhérence.

L'épiploon se déchire sous les doigts et un paquet d'anses grêles, gros comme une tête d'adulte, se précipite au dehors.

Pendant que nous les maintenons dans des compresses chaudes aseptiques, M. Brodier, en suivant l'épiploon, trouve le moignon lié qui n'adhère nulle part, est descendu au-dessous de l'ombilic et présente un aspect légèrement ecchymotique.

Nous nous rendons compte alors de la cause de l'obstruction intestinale. La ligature a transformé le tablier épiploïque en une hotte dont l'extrémité inférieure infundibuliforme et fermée serait représentée par le moignon épiploïque, dont l'ouverture dirigée en haut et en arrière est limitée par les bords latéraux de la membrane.

Dans l'ouverture de la hotte sont engagées un grand nombre d'anses grêles qui y sont à l'étroit. En aucun point, on ne voit de traces de striction énergique; mais toutes les anses contenues dans la cavité ainsi formée sont congestionnées et distendues. Sur une anse on trouve une fausse membrane mince et facile à détacher. Au-dessus de ces anses grêles, on voit le colon transverse distendu également, mais non congestionné, ce qui se conçoit aisément par la situation de son méso. Le colon descendant est vide.

L'épiploon est largement sectionné et lié en plusieurs pédicules et nous nous occupons de rentrer les anses intestinales.

Ici commencent les difficultés. Malgré tous les soins pris, à mesure que l'on rentre une anse, il en sort une autre. On constate très nettement la différence d'aspect que présentent les anses qui avaient été contenues dans la hotte épiploïque et les autres; les premières distendues et congestionnées, les autres distendues mais de coloration normale.

Pendant les efforts de réduction, la tunique séreuse se rompt par places sur les anses distendues. On fait ça et là quelques sutures séro-séreuses.

Pour faciliter l'issue des gaz, dont la circulation se rétablit bruyamment, on fait introduire dans le rectum une grosse sonde œsophagienne. La réduction néanmoins n'avance guère.

Le poulx du malade faiblissant, on se décide à faire une ponction intestinale. Quelques gaz s'échappent, mais des matières fécales sortent à côté du trocart. Les anses s'étant affaissées un peu, on retire le trocart et l'on pince l'endroit de la ponction, mais l'intestin friable se rompt à côté de la pince et laisse échapper des matières.

Enfin, avec plusieurs pinces en T, on parvient à obtenir une occlusion complète. On procède à un nettoyage soigné des anses souillées qu'on a eu soin de garder au dehors, et l'on se prépare à terminer l'opération en invaginant, par la suture, dans le calibre de l'intestin, les portions contusionnées par les pinces, lorsque le malade cesse de respirer.

Les tractions rythmées de la langue n'amènent pas le moindre réflexe.

L'application d'une compresse, imbibée d'eau bouillante sur l'épigastre, reste sans effet. — On ferme le ventre.

L'opération avait duré plus d'une heure et demie.

Ajoutons que la plaie de la première opération était en excellent état, sans aucune tuméfaction de la paroi ni des bourses.

OBSERVATION XXII

Spencer Wells. — *Medical Times and Gazette*, 10 mars 1860

Femme de 33 ans, admise à l'hôpital le 4 février 1860. Emaciée, gêne respiratoire causée par une tumeur volumineuse de l'abdomen.

Diagnostic. — Kyste multiloculaire de l'ovaire, très adhérent.

27 février. — Laparotomie. Le kyste est si adhérent à la paroi abdominale et à l'épiploon qu'on peut difficilement le séparer. Il est enlevé ; un pédicule, pas très long, situé à gauche est lié puis fixé au milieu de la plaie abdominale par une épingle, qui le transfixe, ainsi que les deux lèvres de la plaie. Le pédicule épiploïque ligaturé est fixé à l'angle supérieur, puis la paroi est suturée.

Le premier jour, la malade alla bien.

28. — Douleurs abdominales à partir de une heure du matin. On donne un lavement opiacé. La malade boit du brandy et du soda, mais la seule chose qu'elle ne rende pas, c'est l'eau glacée. Pouls 110, faiblesse. Nouveaux vomissements l'après-midi, soif intense. Elle boit de l'eau glacée. Pas de douleur. A 11 heures du soir, le pouls est de 130 ; la malade est un peu épuisée. Vomissements de mucosités verdâtres, sentant le chloroforme. Lavements nutritifs toutes les trois heures.

29. — Nuit agitée, vomissements fréquents, pouls presque imperceptible. La région épigastrique est tympanique. Pensant que le pédicule pouvait causer de l'obstruction, on enleva l'épingle qui le transfixait, mais, comme on ne savait quelle part accorder au chloroforme et à la ligature de l'épiploon dans le maintien des vomissements, on ne rouvrit pas la plaie. La malade continuant à s'affaiblir mourut 46 heures après l'opération.

Autopsie. — Le pédicule du kyste, fixé au milieu de la plaie abdominale, était, d'autre part, adhérent à la face postérieure du grand bassin, un peu à gauche, et au fond de l'utérus, qui fut ainsi tiré obliquement en haut, hors du petit bassin. Il en résulta que la plaie abdominale réunie plongeait profondément dans la cavité abdominale et il se forma un espace entre le pédicule et la paroi abdominale, dans lequel la portion inférieure du jéjunum s'étrangla. Détachant le pédicule, on libéra la portion étranglée, qui parut dilatée et rouge des deux côtés de l'étranglement. L'extension de l'irritation avait agglutiné les anses intestinales au-dessus de l'étranglement, et un épanchement considérable de sérosité exsudée remplissait le petit bassin. Pas d'hémorragie. Le péritoine pariétal montrait les nombreuses adhérences qu'on avait dû rompre pour détacher la tumeur. On voyait en ces points de nombreuses ramifications vasculaires et de la fibrine qui indiquait le début du processus réparateur. Mais nulle part il n'y avait d'inflammation, la réunion se faisait par première intention.

5° Occlusions dues à des fautes opératoires

Ce mode d'occlusion est un des moins intéressants de l'étude pathogénique que nous poursuivons.

Les fautes opératoires susceptibles d'entraîner l'occlusion sont multiples, variées, et plus ou moins faciles à éviter.

Des cas d'occlusion ont été observés à la suite de l'oubli dans le ventre de compresses, d'éponges, d'instruments, etc.

Fritsch rapporte un cas dans lequel l'intestin a été pris dans une suture et un autre dans lequel il l'a été entre deux points

de suture de la plaie abdominale. Il croit que l'intestin est venu s'interposer entre les bords de l'incision pendant les efforts de vomissements.

Sp. Wells rapporte aussi un cas dans lequel l'intestin a été pris dans l'anse d'un fil métallique, servant à la suture de la plaie abdominale, de façon que l'occlusion était complète après la ligature de ce fil.

M. Quénu cite un cas où l'intestin fut pincé dans la ligature élastique d'un pédicule de fibrome.

M. Jayle, dans sa thèse de doctorat, rapporte un cas que nous publions plus loin, dans lequel l'intestin avait été pris latéralement par les mors d'une pince au cours d'une hystérectomie vaginale. La situation dans le petit bassin de la dernière portion de l'intestin grêle, la tendance qu'a la masse intestinale à envahir l'espace laissé libre par l'utérus, expliquent assez bien que l'intestin puisse être pris dans les mors d'une pince au cours de cette dernière opération.

Enfin, avec Tuja et Easterly Ahston, nous placerons dans ce même groupe les occlusions dues aux fautes qui peuvent être commises dans les entéro-anastomoses :

« C'est ainsi qu'une anse intestinale pourra se trouver enroulée ou tordue, par le fait de l'avoir placée en mauvaise position au moment de l'anastomoser.

» C'est ainsi également que l'obstruction pourra résulter d'une suture faite à une plaie intestinale transversale, plaie que le chirurgien aura pu produire en déchirant des adhérences au cours d'une opération. Il est en effet, à remarquer que les plaies longitudinales de l'intestin, même si elles sont étendues, peuvent être suturées sans inconvénient, tandis que les plaies transversales sont presque toujours suivies de torsion quand on les suture. »

OBSERVATION XXIII

(Jayle. — Thèse de Paris, 1895)

Mme L. D..., âgée de 43 ans. Cette malade est atteinte de pelvipéritonite chronique avec poussées douloureuses qui l'immobilisent au lit.

22 août 1894. — Hystérectomie vaginale. L'opération a été difficile et compliquée. T. 36°8-37°2. Pas de vomissements ; ballonnement, douleurs très vives, agitation, urines claires, assez abondantes.

23. — T. 36°8-36°8. Vomissements pendant la nuit et la journée, ballonnement, douleurs très vives, agitation et respiration anxieuse.

24. — T. 37°2-37°2. Vomissements fécaloïdes, ballonnement, douleurs très vives ; selle diarrhéique à l'ablation des pinces.

25. — T. 37°6-38°8 (rectale). Vomissements fécaloïdes ; douleurs très vives ; ballonnement ; pouls petit, 135 pulsations ; urines rares. Teinte subictérique. Mort dans la soirée, 76 heures après l'opération.

Autopsie. — Une anse du petit intestin qui était adhérente aux annexes droites a été pincée latéralement (perforation de 1 cent.). Epanchement du contenu intestinal en assez faible quantité dans la cavité péritonéale. Lésions ordinaires de la péritonite suraiguë.

6° Occlusions dues à un spasme de l'intestin.

Quoique très intéressantes, les occlusions dues à cette cause sont rares et d'une interprétation difficile.

Easterly Ahston, le premier, en observa quatre cas, et, depuis, M. Jaboulay et M. Routier en ont rapporté de plus démonstratifs qui établissent d'une façon indéniable l'existence des occlusions par spasmes de la tunique musculaire de l'intestin.

L'intestin, dans ces cas, ne présente aucune altération ana-

tomique appréciable. La seule contracture de la paroi intestinale elle-même, sur une longueur souvent de plusieurs centimètres, suffit pour réduire jusqu'à obstruction complète le calibre de l'organe.

Le spasme peut être assez persistant pour amener des accidents mortels, comme dans le cas de M. Routier, où le colon descendant, contracturé sur une longueur de plus de 15 centimètres, était rétréci et réduit au volume du petit doigt à peine.

Habituellement, la contracture siège sur plusieurs points de l'intestin, et se produit indépendamment de la péritonite et des adhérences.

Les relations de cause à effet entre l'acte opératoire et le spasme de l'intestin étant parfaitement démontrées par les observations publiées, les conditions qui président à la production de ce spasme n'en restent pas moins fort obscures.

Tuja, après Ahston, l'explique par une perturbation dans les contractions physiologiques de l'intestin : « Nous savons, dit-il, que l'état de contractilité normale de l'intestin constitue l'*eupéristaltisme*. La paralysie sera l'*apéristaltisme*. Ce dernier état peut survenir, croyons-nous, à la suite des précautions opératoires ordinairement en usage : repos absolu, diète, opium avant et après l'intervention. N'est-il pas très fréquent de voir les laparotomisés rester vingt-quatre heures sans rendre ni selles, ni gaz, bien qu'il n'y ait pas de vomissements ou tout au moins rien qui puisse faire admettre une occlusion intestinale ? D'autre part, tous les stimulants locaux peuvent produire des excitations, locales aussi, qui se traduisent par une contraction anormale de la tunique intestinale. Ces contractions désordonnées, d'une part, associées à des phénomènes de paralysie siégeant en d'autres points, constituent l'état de *dyspéristaltisme*. Or, y a-t-il des excitants plus puissants que ceux produits par

l'intervention du chirurgien, qui malaxe la masse intestinale pour enlever une tumeur ou libérer des adhérences ? »

M. Adénot et M. Giresse pensent que les accidents d'occlusion résultent plutôt de l'association des phénomènes de spasme et de la paralysie, que de l'une de ces causes exclusivement.

OBSERVATION XXIV

Jaboulay. — *In* thèse de Tujat, Lyon, 1894.

Hernie crurale opérée par M. Curtillet, chef de clinique du professeur Poncet.

Pas de température.

Pendant les 6 jours qui suivirent l'opération, la malade vomit et les phénomènes d'occlusion persistent.

Réouverture, par l'incision première, le sixième jour. On tombe facilement sur l'anse qui représentait la hernie crurale. On l'attire en dehors et on constate la persistance de la double stricture qui marquait l'étranglement, sans aucune tendance à sa disparition. L'agent de l'étranglement n'existe plus et néanmoins l'intestin reste rétréci en deux points et sa lumière est obstruée.

M. Jaboulay fait des frictions sur l'anse qui est en cause, et, par pression et malaxation, il fait passer des matières d'un bout dans l'autre à travers les strictures. Guérison consécutive.

OBSERVATION XXV

Giresse. — Thèse de Paris, 1896.

Cancer de l'utérus. — Hystérectomie vaginale. — Occlusion intestinale consécutive. — Mort.

Cette malade mourut le sixième jour, après avoir présenté le tableau de l'occlusion intestinale.

A l'autopsie on ne trouve pas d'autres lésions qu'une contracture

du colon descendant et de l'S iliaque qui supprimait tout calibre intestinal.

L'intestin sur une étendue de 15 à 18 centimètres, comme s'il avait été ficelé, formait un cordon très dur et du volume du petit doigt à peine.

II. OCCLUSIONS PAR OBSTACLE MÉCANIQUE SIÉGEANT ASSEZ LOIN DU FOYER DE L'OPÉRATION ET N'ÉTANT QU'EN RELATION INDIRECTE AVEC CETTE DERNIÈRE.

Le siège habituel de l'obstacle, dans les occlusions de cette catégorie, est au niveau de l'angle colique gauche.

Le mécanisme de leur production a été surtout bien étudié au point de vue clinique et expérimental par M. Adénot de Lyon. Cet auteur fait jouer un rôle très important au ligament suspenseur de l'angle colique gauche, qui a été décrit pour la première fois par M. Glénard.

Ce ligament, exclusivement formé de tissu fibreux, a une forme triangulaire et s'attache par son sommet à la dixième côte. De là il s'élargit en éventail et se divise en trois faisceaux : un faisceau médian qui s'insère au niveau même du coude colique ; un faisceau supérieur, presque horizontal, qui se prolonge et se perd sur la bandelette longitudinale du colon transverse ; enfin un troisième faisceau, inférieur, qui se continue de même sur le colon descendant.

Or, souvent, chez les femmes principalement, le faisceau médian existe seul, les autres sont atrophiés..

L'intestin, n'étant plus soutenu, le colon transverse prend la disposition en V, se coude d'une façon exagérée, et les liquides et les gaz ne peuvent plus passer du colon transverse dans le colon descendant. C'est à ce mécanisme que sont dues un certain nombre d'occlusions (après tractions sur l'épiploon et surtout après l'ablation de kystes de l'ovaire), qui étaient

injustement attribuées à la paralysie intestinale, avant que ce mécanisme ne fût signalé par M. Adénot.

La fréquence des occlusions par ce mécanisme après l'ablation des kystes de l'ovaire a été expliquée par les auteurs de la façon suivante : l'intestin ayant été longtemps refoulé en haut par la volumineuse tumeur ovarique, les ligaments suspenseurs de l'angle colique gauche se sont modifiés et atrophiés. Lorsque la tumeur est enlevée, les anses intestinales reprennent brusquement leur situation primitive, et la chute subite du colon transverse entraîne l'imperméabilité du coude colique gauche, d'autant plus facilement que les ligaments latéraux sont atrophiés.

M. Adénot a reproduit ces dispositions sur le cadavre, en sectionnant les faisceaux latéraux du ligament.

Dans ces conditions, la distension exagérée du colon transverse détermine ainsi une coudure anormale de l'angle colique, et les gaz ne peuvent plus passer.

Un autre mécanisme pouvant occasionner l'oblitération de l'angle colique gauche a été aussi indiqué par M. Adénot.

Il consiste en ce que des anses d'intestin grêle viennent s'enclaver dans l'angle colique sous-costal gauche et, en se dilatant, compriment cet angle. Deux ou trois anses d'intestin grêle, étagées et emboîtées les unes au-dessus des autres, peuvent ainsi déterminer une occlusion complète de l'intestin.

Enfin un dernier mécanisme indiqué par M. Adénot, et spécial à la première portion du colon descendant, quoique moins efficace que les précédents pour produire la compression, est celui dans lequel des anses d'intestin grêle, distendues par les gaz, croisent le colon descendant à angle plus ou moins aigu et l'aplatissent contre le plan postérieur résistant de la paroi abdominale. M. Legueu conteste la possibilité de ce dernier mécanisme et il ne voit pas, dit-il, comment la distension des anses intestinales serait suffisante pour effacer le calibre du

colon, alors que celui-ci a les mêmes raisons que l'intestin grêle de se dilater, la paralysie réflexe s'exerçant à la fois sur toute l'étendue du tube intestinal.

A cette objection M. Adénot répond : «Ce qui permet à l'angle ou au colon descendant d'être parfois et souvent comprimé, c'est la fixité de l'origine du colon descendant, dont le mésentère très court ne lui permet pas de se dérober à la compression. Le colon transverse très mobile fuit les pressions voisines. C'est justement parce que l'angle et le colon descendant ont d'autres raisons que l'intestin grêle de ne pas se laisser dilater par la paralysie réflexe, que cette dilatation ne se produit pas.

» D'ailleurs, le fait de la rétraction très fréquente du colon descendant, déjà constatée par Glénard, est facile à vérifier sur les cadavres météorisés.»

Et plus loin, il cite quelques exemples d'occlusions dues au mécanisme que nous venons de décrire, et qui a pu être vérifié à l'autopsie.

Jusqu'ici, à propos des occlusions intestinales siégeant loin du foyer opératoire, nous ne nous sommes préoccupé que des occlusions dues à une disposition anatomique spéciale de l'angle colique gauche. Mais il y a encore un autre groupe de ces occlusions, dues à des brides anormales, brides qui reconnaissent d'ailleurs une pathogénie analogue à celle que nous avons étudiée pour les occlusions de la première catégorie.

M. Legueu rapporte un cas, que nous publions plus loin, dans lequel la bride reconnaissait une origine inflammatoire.

OBSERVATION XXVI

Legueu. — *Soc. anat. de Paris*, 1894

Malade porteuse d'un kyste uniloculaire de l'ovaire gauche ; quoique de volume moyen et ne contenant que trois à quatre litres de liquide, il occupait cependant une grande partie de la cavité abdominale. L'opération fut particulièrement simple et facile : il n'y avait pas d'adhérences, tout était fini en 15 minutes, et, bien que la malade fût âgée de 66 ans, tout faisait espérer une guérison rapide et parfaite.

Cependant, le troisième jour (9 juin), après l'opération (la malade avait été purgée la veille), survinrent des vomissements bilieux d'abord, qu'aucune sensibilité du ventre ne pouvait expliquer : il n'y avait pas de fièvre, le ventre était souple et non tendu et rien ne faisait supposer ni prévoir une obstruction intestinale.

10 juin. — Dans la nuit, les vomissements devenaient plus foncés et leur caractère fécaloïde s'accroissait : il y avait absence d'émission de gaz et de matières par l'anus et tout indiquait une occlusion intestinale. Mais, dans la soirée, une abondante évacuation survint qui éloigna pour le moment l'idée d'une intervention.

Le lendemain matin (11 juin), l'état était très grave : les vomissements étaient continuels ; ils étaient formés par une matière noire et foncée, d'aspect fécaloïde. Le ventre était souple, un peu ballonné ; on voyait se dessiner les anses intestinales. Il n'y avait plus eu, depuis la veille, de gaz ni de matières rendus par l'anus : l'occlusion intestinale était évidente, le pouls était filiforme, le facies grippé, la parole et la respiration déjà embarrassées. L'état était donc très grave ; il fallait intervenir.

Laparotomie à 11 heures du matin, 34 heures environ après le début des accidents. La plaie, déjà réunie, est désunie et agrandie ; je m'assure d'abord du pédicule, qui est en très bon état. Il n'y a aucune trace de péritonite ; les anses intestinales sont distendues. Je vois de suite que le cæcum est énormément distendu, et que, au contraire, l'S iliaque est affaissé, rétracté et vide. Je me mis à suivre le gros intestin, du cæcum vers sa terminaison, et j'arrivais ainsi à trou-

ver le point où la portion dilatée se continuait avec la portion affaissée, c'était tout au haut de l'hypochondre gauche, sous les côtes, sous la rate, dans une région où il m'était impossible de voir, et où il m'était également impossible de déplacer les organes. Il me sembla que l'extrémité inférieure de la rate était enveloppée d'adhérences qui bridaient l'intestin; je déchirais quelques-unes de ces adhérences, non sans une certaine inquiétude, car je ne pouvais pas voir, et il me sembla que le rétablissement du cours des matières venait de se faire. Je vis, en effet, se produire la dilatation de la portion affaissée; je pensais avoir levé l'obstacle et je m'empressais de refermer le ventre.

Dans la journée, la malade eut une importante débâcle; elle sembla un moment améliorée, le refroidissement devint moins accentué, mais ce ne fut qu'une lueur et la mort survenait à cinq heures du soir.

A l'autopsie, j'ai vérifié d'abord l'état parfaitement normal du pédicule, l'absence de péritonite. Quant à l'obstacle, voici ce qu'il en était: des adhérences fibreuses et très vasculaires s'étendent de la face antérieure et de l'extrémité gauche du mésocolon transverse vers l'extrémité inférieure de la rate. Ces adhérences, de date ancienne, passent au-devant de la portion descendante du colon descendant, l'aplatissent et effacent son calibre, mais sans adhérer à sa surface; c'est donc un obstacle mobile: quand on le soulève, quand on soulève la rate, le colon descendant reprend son calibre et les matières passent.

Des adhérences semblables existent autour de la rate et toute sa capsule en est revêtue. Le foie est dur et scléreux, a l'air cirrhotique.

OBSERVATION XXVII

Commandeur. — *In thèse de Tuja, Lyon, 1894.*

Femme de 35 ans. Entrée à la Maternité le 22 juin 1894.

Quatre enfants bien portants.

A l'âge de 29 ans, premiers symptômes de la présence d'un kyste de l'ovaire. Troisième grossesse contemporaine de cette époque.

Quatrième grossesse à 33 ans. Ces deux dernières se sont effectuées normalement, malgré la présence du kyste.

Ablation du kyste le 29 juin 1893 par M. Rendu. A ce moment, la malade était enceinte de sept semaines.

22 janvier 1894. — Entrée à la clinique de la Charité.

6 février. — Douleurs aux flancs et à l'épigastre. Premiers vomissements.

7. — Plus de cinquante vomissements. Glace sans résultat. Pas de trace de travail.

8. — Les vomissements sont un peu calmés par une potion au bromure d'ammonium et une piqûre de morphine.

9. — Douleurs et accouchement. T., 37°6 le matin ; 37°8 le soir. Le soir même, réapparition des vomissements et symptômes d'occlusion.

10. — Persistance des symptômes d'occlusion. T., 37°8 le matin ; 37°7 le soir.

11. — Vomissements très fréquents. La température monte à 39°6 le soir.

12. — Vomissements fécaloïdes. Lavage d'estomac. Pas de selles depuis l'accouchement. Dépression extrême. Respiration faible.

Laparotomie, à 11 heures du matin, par M. le professeur Fochier. Incision au niveau de l'ancienne cicatrice. A quelques millimètres de l'incision, on trouve une anse intestinale adhérente. On la détache. On explore ensuite les autres anses intestinales et, en un point très rapproché du cæcum, on trouve un point rétréci, au niveau duquel la séreuse intestinale est fendue transversalement, la muqueuse faisant hernie par la plaie.

En ce point, deux tractus d'origine mésentérique formaient bride et devaient occasionner le rétrécissement. Ils sont actuellement rompus. On les résèque et on fait la suture séro-séreuse de la plaie intestinale. Au niveau de l'anse étranglée, les vaisseaux mésentériques sont thrombosés et les veines tubo-ovariques ont à l'intérieur des caillots mous noirâtres, récents. Mort 5 heures après l'opération.

Autopsie. — Pas de lésions autres que celles constatées pendant l'opération. Adhérences des anses intestinales au voisinage de l'incision de la laparotomie du mois de juin dernier. La suture séro-séreuse était suffisante (épreuve de l'eau).

OBSERVATION XXVIII

(Kœberlé. — *Gazette des Hôpitaux*, 1867)

Femme de 42 ans, amaigrie, d'une forte constitution. Kyste de l'ovaire gauche, volumineux. La santé a été toujours bonne, sans douleurs abdominales.

Ovariectomie le 5 novembre 1866. Pas d'adhérences du kyste, ligature du pédicule. Il ne restait plus qu'à faire la réunion quand on cessa, par mégarde, de comprimer l'abdomen. Il se fit un appel d'air dans la région épigastrique, très déprimée en raison de l'écartement des côtes. Cet air fut extrait. Au moment de suturer, je voulus étaler l'épiploon au-devant de l'intestin, mais je n'ai pu l'atteindre avec le doigt, et ne crus pas devoir introduire la main plus haut pour le chercher, pensant qu'il était très court.

Il ne survint aucun accident pendant cinq jours. Absence de douleurs abdominales, ventre plat, pouls à 75, plusieurs évacuations alvines ; mais bientôt plus d'évacuation de selles ni de gaz intestinaux, malgré les lavements pris le cinquième jour. L'estomac et la partie sus-ombilicale des intestins étaient distendus, avec des coliques par intervalles, tandis que la partie sus-ombilicale du ventre était rétractée. L'étranglement interne fut manifeste dès le sixième jour. Renvoi d'odeur stercorale, vomissements bilieux, pouls accéléré filiforme, urines rares. Il y avait en même temps péritonite.

Une anse intestinale surtout très distendue dans la région sus-ombilicale était évidemment le siège de l'obstruction. Je ne pus malheureusement faire une incision de l'abdomen, à ce niveau, en temps opportun ; il fallut temporiser, et je dus me borner à ponctionner au trocart l'anse distendue, pour l'évacuer. Cette manœuvre produisit une légère amélioration, puis les vomissements reparurent et la malade, continuant à s'affaiblir et à se refroidir, succomba le septième jour.

Autopsie. — Les viscères abdominaux étaient agglutinés dans la région supérieure du ventre par un exsudat récent. Le colon et la plus grande partie de l'iléon étaient entièrement vides de gaz et de matières stercorales. Une anse intestinale de 30 centimètres environ,

à convexité supérieure, était repliée par-dessus le colon transverse et l'épiploon ramassé sur lui-même. C'était elle qui avait été ponctionnée et qui, très distendue, était le siège de l'étranglement, par sa réflexion brusque sur le colon transverse vide et à l'état de cordon. Aucun épanchement de matières stercorales ni de gaz dans le péritoine.

Remarques. — Le contournement et l'étranglement de l'intestin grêle sur le colon sont survenus à l'entrée de l'air dans la région épigastrique au moment de l'opération. C'est aussi ce qui a fait remonter l'épiploon que je n'ai pu atteindre. L'étranglement ne s'est produit qu'au fur et à mesure que l'intestin a été distendu par les gaz et les liquides digestifs.

Il est toujours essentiel d'étaler l'épiploon au-devant des intestins qu'il protège contre l'inflammation venant de la plaie. J'avais été trop prudent dans ce cas.

L'unique moyen de salut dans ce cas eût été une deuxième incision de l'abdomen et la réduction. C'est le troisième cas d'étranglement consécutif, à mes ovariectomies, et ces trois cas auraient pu guérir si l'on était intervenu à temps, ou si l'on avait pu reconnaître ou soupçonner la cause de l'étranglement.

OBSERVATION XXIX

Quénu. — *Nouv. Arch. d'obst. et de gynec.*, 25 sept. 1894.

Femme de vingt-huit ans, présentant de grosses collections tubaires non supurées. Laparotomisée dans le service de M. Quénu, par son assistant, M. le docteur Sébilleau, au mois d'août dernier.

Les suites opératoires furent parfaites jusqu'au quatrième jour ; la malade présente alors des phénomènes d'occlusion ; vomissements bilieux, absence d'émission de gaz, etc., auxquels elle succombe le sixième jour.

A l'autopsie, on trouve une anse présentant un diverticule s'insérant d'autre part sur le mésentère. Sur ce diverticule formant ainsi une bride, était venue s'étrangler une anse d'intestin grêle.

OBSERVATION. XXX

Adénot. — *Gaz. hebd.*, 16 mars 1895.

L. G...., 35 ans. Kyste de l'ovaire. Opérée en juillet 1888 par M. Laroyenne. Quelques adhérences pariétales. Quarante-huit heures après l'opération, pas de vents, abdomen ballonné, vomissements. Le troisième jour, l'abdomen se ballonne de plus en plus. Deux purgations ne provoquent aucune selle. Mort le septième jour.

Autopsie. — Colón transverse très dilaté ; colon descendant au contraire ratatiné, ainsi que le rectum vide de matières et de gaz. Angle très aigu au niveau du coude gauche qui réunit ces deux portions du colon. Dans l'angle de ces deux portions, sont emboîtées des anses intestinales dilatées, déterminant une pression forte sur l'angle colique. Ces anses concentriques sont même difficiles à retirer de l'angle où elles sont engagées. C'est là certainement la cause de la rétention stercorale.

OBSERVATION XXXI

Rapportée par Baldy. — *The medical News*, 1892.

Hystérectomie sus-pubienne ; le pédicule est fixé en dehors du péritoine.

Réouverture le sixième jour pour symptômes d'occlusion intestinale.

Mort dans les vingt-quatre heures. On n'a pas trouvé la cause de l'occlusion.

Autopsie. — Intestin libre dans la cavité abdominale. Mais en un ou deux points, il est tellement contracté qu'au toucher, il donne la sensation d'une corde tendue.

III. OCCLUSIONS SANS OBSTACLE MÉCANIQUE

On observe parfois, à la suite des interventions chirurgicales sur l'abdomen, des symptômes d'occlusion intestinale, sans qu'il soit possible de rapporter à une disposition matérielle quelconque l'arrêt du cours des matières fécales.

Ces occlusions ont été bien étudiées pour la première fois par Henrot, en 1865, sous le nom de « pseudo-étranglement », puis, par Thibierge, en 1884, dans leurs thèses de doctorat.

L'existence de ces occlusions est aujourd'hui indiscutable. Mais les conditions qui les déterminent sont encore imparfaitement connues.

Voici comment s'exprime M. Legueu, dans son remarquable travail paru en novembre 1895, dans la *Gazette des Hôpitaux* :

« S'agit-il, dans ce cas, de péritonites larvées, de ces septicémies péritonéales, qui sont si difficiles, quelquefois, à distinguer cliniquement de l'occlusion intestinale et dont Jayle (1) a fait récemment une étude soignée ? Il est possible pour quelques cas ; mais, d'autres semblent absolument indemnes de tout péritonite. D'ailleurs, ces occlusions ne sont pas spéciales à la période opératoire : on en voit, dans d'autres conditions, apparaître spontanément ; il faut donc invoquer, provisoirement au moins, une paralysie de l'intestin, paralysie réflexe, toujours partielle et de même nature que les contractions... »

M. Duplay, contestant la réalité de ces occlusions sans obstacle mécanique, objecte à la théorie paralytique les vomisse-

(1) F. Jayle. — *La septicémie péritonéale aiguë post-opératoire*. Thèse de Paris, 1895.

ments, qui montrent que les contractions de l'intestin ne sont pas supprimées. Elles ne le sont pas, en effet, sur toute l'étendue de l'intestin ; la paralysie n'est que partielle et on a vu des contractions énergiques de l'intestin se dessiner sous la paroi, alors que l'autopsie ne révélait aucun obstacle mécanique.

D'ailleurs, comme nous l'avons déjà dit, il est probable que les deux éléments, spasme et paralysie, se combinent, le plus souvent, pour la production des phénomènes d'occlusion.

OBSERVATION XXXII

Legueu. — *Gazette des hôpitaux*, novembre, 1895.

Opération pour hernie étranglée gauche ; l'étranglement s'était présenté dans les formes classiques. Après l'opération, les phénomènes d'obstruction, d'étranglement persistèrent ; une nouvelle incision fut faite le deuxième jour, au-dessus de la première, de manière à permettre d'explorer la partie correspondante de la cavité abdominale. Il était probable, en effet, que l'agent d'étranglement avait laissé sur l'intestin une stricture persistante ou qu'un nouvel étranglement s'était produit. L'opération ne révéla rien d'anormal ; on retrouva près de la paroi, mais sans adhérences avec elle, celle des anses intestinales qui avait été étranglée ; il n'y avait ni étranglement, ni vice de position de l'intestin. Pour ne pas prolonger une opération plus complexe, on se contenta de faire une ouverture à l'intestin et de créer un anus contre nature, sur la terminaison de l'intestin grêle. Malgré cela, le malade succombait le soir.

A l'autopsie, on explora avec soin toute la cavité abdominale ; l'intestin fut déroulé depuis le duodénum jusqu'au rectum, et, nulle part, on n'a pu trouver la raison de l'occlusion.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La grande majorité des occlusions intestinales post-opératoires sont dues, comme nous l'avons déjà dit, à des adhérences intestinales.

Leur siège habituel est l'intestin grêle, et surtout la seconde moitié de ce dernier ; mais les cas où elles ont siégé sur le gros intestin (cœcum, rectum, S iliaque, et surtout angle colique gauche), ne sont pas rares, et nous en avons cité plusieurs observations.

Leur nombre est variable ; il est ordinairement de deux ou trois. L'intestin adhère par le sommet de ses anses et la surface d'adhésion, souvent très limitée, peut atteindre une longueur de 15 à 20 centimètres.

Au-dessus des adhérences, l'intestin est souvent contourné en volvulus ou simplement coudé.

État de l'intestin. — Au-dessus de l'obstacle, les anses intestinales sont distendues par des gaz et des liquides, leur surface est rouge, très congestionnée et présente de fines arborisations vasculaires. Au-dessous, l'intestin est vide, aplati, rétracté, réduit quelquefois à l'état de cordon. Sa surface est pâle et lisse.

Au niveau de l'étranglement ou de la coudure intestinale, on remarque une stricture, une dépression circulaire ou en croissant, caractérisée par l'épaisseur plus grande de la paroi et l'absence de coloration. La profondeur de cette dépression est

variable, suivant le degré et l'ancienneté de l'étranglement.

Sa persistance est souvent excessive et nous avons vu, à propos des occlusions par spasme, un cas de M. Jaboulay, où la double stricture d'une anse intestinale herniée et étranglée persistait encore le sixième jour après la suppression de la cause de l'étranglement, par l'opération de la cure radicale. Il arrive même, quoique le fait soit rare, qu'après une constriction énergique et prolongée, le point correspondant de l'intestin s'enflamme, se sphacèle, se perfore, et une péritonite suraiguë et mortelle se déclare à la suite du passage du contenu intestinal dans la cavité péritonéale.

État du péritoine. — Son aspect varie suivant qu'il y a inflammation ou non. Dans le premier cas, qui est le plus fréquent, l'inflammation est le plus souvent localisée aux parties irritées du fait de l'opération, et le péritoine présente un aspect congestionné, dépoli, avec présence de tractus blancs fibrineux, faciles à rompre, agglutinant les anses entre elles ou les fixant à la paroi.

Enfin, il est arrivé, qu'une laparotomie étant faite pour des accidents bien nets et bien caractéristiques d'occlusion intestinale, on s'est trouvé, à l'ouverture du ventre, en présence d'une péritonite purulente. Dans ces cas mixtes de péritonite avec prédominance de symptômes d'occlusion, on trouve une plus ou moins grande quantité de pus dans la cavité péritonéale et le péritoine présente toutes les altérations de la péritonite purulente.

Dans le second cas, le péritoine, en dehors des points où siègent les adhérences, ne présente aucune altération. Sa surface est lisse, luisante, parfois elle est légèrement vascularisée, sur la partie d'intestin située au-dessus de l'étranglement.

Au niveau même des adhérences, sous l'influence de l'irritation qu'elle a subie, la séreuse rougit, se congestionne, sa surface, devient dépolie et se recouvre d'un enduit poisseux, dû à

l'exsudation qui s'est faite à la surface de la membrane et dans son épaisseur. L'exsudat, d'abord mince, s'épaissit; il est mou, friable, de couleur grisâtre, jaunâtre, demi-transparente; ces néomembranes ont été comparées à la colle ou à la glu; elles ont encore peu de consistance et se laissent déchirer facilement, elles ont alors un aspect irrégulier, tomenteux; plus tard, les capillaires les pénètrent, elles s'organisent peu à peu et constituent les adhérences vraies, par opposition aux adhérences molles du début.

Dans les occlusions produites par torsion ou étranglement intestinal, souvent on trouve une grande quantité de liquide séro-hématique, intra-péritonéal, et ayant pour origine la gêne de la circulation de retour, en dehors de la moindre trace de péritonite.

Le grand épiploon adhère, le plus souvent, aux intestins, à la cicatrice, aux parois, surtout dans les points où on a détaché antérieurement des adhérences et posé des ligatures. Sa surface présente les mêmes altérations que la séreuse intestinale.

État des autres viscères. — Les modifications, d'ailleurs, inconstantes des autres organes, sont ordinairement des lésions congestives; c'est ainsi qu'on a noté des congestions du foie, du rein, de l'utérus, avec augmentation de volume parfois considérable.

Ces lésions affectent plus fréquemment le poumon, où elles réalisent un état semblable à celui que M. Verneuil et M. Berger ont décrit dans l'étranglement herniaire du poumon. La congestion siège aux deux bases, et n'est peut-être pas étrangère à la mort rapide, observée dans certains cas. On a attribué cette congestion à une action réflexe dont le point de départ serait l'irritation portée sur le grand sympathique intestinal.

SYMPTOMES

Les symptômes d'occlusion intestinale post-opératoire sont, pour la plupart, les mêmes que ceux de l'occlusion intestinale ordinaire, spontanée.

Toutefois dans les cas d'occlusion post-opératoire, le début est généralement plus brusque, et la maladie revêt dès l'abord un caractère de gravité extrême, qui s'accroît rapidement.

La date habituelle de l'apparition des premiers symptômes est du 3^e au 6^e jour. Il est rare de les voir apparaître du 10^e au 15^e. Mais on les a eu observés plusieurs mois et même plusieurs années après l'opération primitive.

Dans les occlusions dues à des fautes opératoires, le début est particulièrement précoce, et on observe les symptômes dès le jour même de l'intervention.

Le symptôme qui attire le premier l'attention du chirurgien, n'est pas toujours le même : ce sera, ou la douleur, ou les vomissements, ou encore l'absence persistante d'émission de gaz et des matières par l'anus. Ces symptômes peuvent d'ailleurs apparaître simultanément.

La *douleur* est un signe inconstant et variable dans son intensité. Parfois d'une violence extrême, elle n'est révélée, d'autres fois, que par la pression, ou, comme dans les observations de Coë, elle « brille par son absence ». Elle peut être diffuse, mais le plus souvent elle se localise, du moins au début. La plus fréquente, comme la plus importante de ces localisations, est le creux épigastrique. Le point douloureux

épigastrique est un symptôme précieux, commun à l'occlusion intestinale et à la péritonite au début. La douleur ainsi localisée est due à la distension progressive de l'estomac et du colon transverse par les gaz. Il ne faut pas confondre le point douloureux épigastrique avec les douleurs que détermine souvent la péritonite au niveau des insertions du diaphragme.

Une autre localisation, intéressante aussi, est au niveau de l'angle colique sous-costal gauche dans les cas d'occlusion par coudure exagérée de cet angle. Dans ce cas, la douleur est ordinairement très vive, et s'irradie au loin. On comprend de quel secours cette localisation pourra être au chirurgien, pour l'éclairer sur la pathogénie des accidents, et pour guider son intervention.

La douleur apparaît du 3^e au 5^e jour. Elle revêt parfois la forme de coliques violentes, revenant par accès, et s'arrêtant quelquefois au niveau de l'obstacle (O'Balinski). Elle peut être liée aux vomissements et disparaître avec eux.

Les *vomissements* marquent souvent le début de l'occlusion, et en sont un signe presque constant. Ils peuvent ne survenir que lorsque le malade prend quelque chose. Toujours très pénibles, ils apportent d'abord, et pendant quelques minutes; un peu de soulagement au malade; mais bientôt leur renouvellement met celui-ci dans un état d'indescriptible malaise. Quand ils se sont répétés pendant quelques jours, il semble qu'ils se fassent avec plus de facilité; les efforts sont moins violents, il y a plutôt régurgitation.

Quelquefois les vomissements sont si précoces qu'ils peuvent se confondre avec ceux habituels après l'anesthésie. S'ils persistent ou réapparaissent après 2, 3 ou 4 jours, ils deviennent d'un pronostic fâcheux.

La fréquence des vomissements, la date de leur apparition varient d'ailleurs d'un malade à l'autre. C'est ainsi que, dans quelques cas, on pourra n'observer que quelques vomissements

insignifiants, pendant les deux ou trois premiers jours. Mais le plus souvent, ils sont tellement fréquents et continus que les malades ne cessent pour ainsi dire pas de vomir. Ces différences tiennent beaucoup au siège de l'obstacle (plus l'obstacle siège haut sur l'intestin, et plus les vomissements sont fréquents); mais elles sont aussi sous la dépendance de dispositions individuelles. Leur valeur diagnostique et pronostique n'est donc pas absolue.

D'abord purement alimentaires, les vomissements deviennent bientôt bilieux, fétides, noirâtres et enfin fécaloïdes dans tous les cas où l'obstacle est au-dessous des parties supérieures de l'intestin grêle.

La nature fécaloïde des vomissements dans l'occlusion est bien caractéristique, mais les vomissements ne prennent que tardivement cet aspect, et ce serait trop tard d'attendre, pour reconnaître l'étranglement et pour intervenir, que les vomissements fécaloïdes soient apparus.

En même temps que les vomissements, il y a des nausées et du hoquet, ou plutôt une émission intermittente de gaz par la bouche, ayant une odeur fécaloïde.

L'arrêt complet des matières, et surtout *l'absence absolue d'émission de gaz* par l'anüs sont des signes presque pathognomoniques de l'occlusion intestinale. Quelquefois ils attirent les premiers l'attention du médecin. En tout cas, s'ils n'apparaissent pas toujours en premier lieu; ce sont eux qui persistent jusqu'à la période ultime de la maladie, après que les autres manifestations, telles que la douleur et les vomissements, ont disparu.

L'absence d'évacuation de gaz et de matières ne commence à devenir réellement alarmante qu'à partir du troisième jour qui suit l'opération. Car l'intervention chirurgicale donne lieu à des phénomènes inhibitoires, exerçant leur action sur les fibres

lisses de l'intestin, phénomènes qui sont la règle pendant le 1^{er} et le 2^e jour.

Au-delà de cette période, et surtout après le « purgatif d'exploration », dont nous parlerons à propos du traitement, l'absence de gaz et de matières indique, soit que la capacité fonctionnelle de l'intestin est abolie par des troubles réflexes simples (paralysie) ou inflammatoires (péritonite), soit qu'un obstacle mécanique en interrompt le calibre.

D'autre part, au contraire, on peut observer plusieurs évacuations successives, même après que l'occlusion est déjà constituée. Elles sont dues à ce que le malade vide sa portion d'intestin située au-dessous de l'obstacle, et ces évacuations peuvent en imposer pour des selles véritables. Il faut, d'ailleurs, s'assurer que le malade n'a pas pris simplement pour une garde-robe l'eau d'un lavement salie par les matières contenues dans le gros intestin.

Enfin, dans quelques cas, l'arrêt des matières et des gaz s'établit lentement ; il peut présenter des intermittences passagères, céder momentanément aux moyens employés contre lui.

Tels sont les trois symptômes qui marquent habituellement le début de l'occlusion. Ils ne tardent pas à être suivis ou accompagnés d'autres symptômes, très importants aussi, comme le ballonnement du ventre, la fréquence et la petitesse du pouls, l'anurie et autres phénomènes généraux graves.

Le *ballonnement* est la conséquence inévitable de la constipation opiniâtre. Sa production est attribuée par Von Wahl à la décomposition du contenu intestinal dans les anses, au-dessus du point étranglé. Il en résulte, qu'au début du moins, le ballonnement sera localisé à ces anses. En effet, on les voit souvent se dessiner à travers la paroi, donnant lieu sur l'abdomen à des saillies asymétriques, à côté de parties plates, ou même rétractées. Ce signe devient presque pathognomonique lorsqu'il

s'ajoute à des *mouvements péristaltiques exagérés*, perçus à travers la paroi.

La coexistence des deux symptômes : ballonnement localisé et exagération des mouvements péristaltiques, pourra, non seulement donner la certitude d'une occlusion intestinale par obstacle mécanique (O' Balinski), mais même indiquer au chirurgien le siège précis de cet obstacle.

Sur 79 cas d'occlusion purement mécaniques, O' Balinski a trouvé les deux symptômes 71 fois ; 13 fois les deux réunis ; 27 fois le météorisme local seul ; 31 fois l'exagération des mouvements péristaltiques.

Peu marqué au début, le ballonnement augmente dans des proportions variables suivant les cas, tend à se généraliser, et à envahir tout l'abdomen.

Dans les cas d'occlusion intestinale par étranglement ou par torsion de l'intestin, M. Gangolphe (1) a indiqué un nouveau signe qui consiste dans l'existence d'un *épanchement intra-péritonéal séro-sanguin*, plus ou moins abondant, le péritoine paraissant, du reste, absolument indemne de toute inflammation. Le liquide, en tous points semblable à celui que l'on trouve dans les sacs herniaires, pendant les kélotomies, pour étranglement, provient de la gêne de la circulation en retour et se produit dans le péritoine de la même manière que dans le sac d'une hernie étranglée. Cet épanchement se produit très rapidement, et sa présence peut être révélée sur le malade par la matité ou la submatité dans les parties déclives, les flancs surtout.

M. Gangolphe conclut : « Au cours d'une laparotomie, l'issue d'un liquide séro-sanguin, sans péritonite, sans néoplasme, indiquera un étranglement par bride, diverticule ou orifice intra-abdominal. Ce sera une indication pressante de continuer

(1) Congrès français de chirurgie, 1893.

avec persévérance les investigations, souvent si laborieuses, de la laparotomie exploratrice. Refermer le ventre avant d'avoir levé l'obstacle, c'est condamner le malade à une mort certaine ».

La *température* ne donne pas d'indications diagnostiques bien nettes. Dans les cas d'occlusion simple, sans péritonite, elle reste normale ou même s'abaisse vers la fin de la maladie.

Si l'occlusion est associée à un certain degré de péritonite, la température subit les modifications que lui imprime ordinairement cette dernière affection, et sa signification, au point de vue de l'occlusion intestinale, demeure absolument nulle.

Rappelons toutefois que M. Gouilloud a rapporté deux observations d'obstruction simple, sans trace de péritonite à l'autopsie, dans lesquelles la température s'était élevée de 38°5 à 39°5. Il attribue cette fièvre à la résorption qui accompagne la stagnation des matières contenues dans le tube intestinal.

Le *pouls*, d'une façon générale, est petit, fréquent et irrégulier au cours de l'occlusion intestinale.

De suite après l'opération primitive, il peut être normal comme amplitude et comme fréquence ou même être ralenti. Le plus souvent, il est accéléré pendant les premiers jours qui suivent l'intervention ; mais cette fréquence n'acquiert de l'importance que si elle augmente progressivement, et surtout s'il vient s'y joindre la petitesse et l'irrégularité, qui, au point de vue diagnostic et pronostic, ont une valeur plus considérable que la fréquence.

On compte souvent 140, 130, 150 pulsations et plus à la minute ; si en même temps le pouls devenait extrêmement petit, dépressible, incomptable, le pronostic serait presque fatal.

Cependant, dans certains cas, rares il est vrai, le pouls

peut conserver jusqu'à la fin, une fréquence et une amplitude presque normales, qui peuvent donner une fausse sécurité.

Avec ces symptômes, on observe ordinairement une *anurie* plus ou moins complète, due soit à un défaut de sécrétion, soit à un défaut d'excrétion par paralysie de la vessie, comme il est fréquent après les interventions chirurgicales. L'anurie a été notée, surtout dans les cas où l'obstacle de l'occlusion siège haut sur l'intestin grêle ; dans ces conditions, elle est due en partie à ce que les liquides sont rejetés par les vomissements, et en partie à ce que la surface d'absorption intestinale est considérablement réduite.

La *respiration* est anxieuse et difficile. Les mouvements respiratoires, augmentés de fréquence, sont normaux comme rythme, en dehors des crises de suffocation qui peuvent survenir.

La dyspnée est continue, augmente progressivement et devient excessive aux approches de la mort. Elle paraît suivre une marche à peu près parallèle à celle du pouls, sans toutefois en dépendre, étant donné qu'on peut l'observer avec un pouls normal.

Le ballonnement considérable du ventre qui repousse le diaphragme en haut, les congestions pulmonaires, l'affaiblissement nerveux où se trouvent les malades, et aussi l'intoxication par les produits résorbés, expliquent suffisamment ces troubles respiratoires.

La *physionomie* du malade présente un aspect tout particulier : la face est grippée et un amaigrissement rapide se produit en quelques heures ; les pommettes sont saillantes, les yeux enfoncés cerclés de noir, le nez aminci, effilé ; les sillons naso-labiaux et palpébraux se creusent, les lèvres souvent cyanosées sont plates et collées aux dents ; la peau est livide, sèche, terreuse et froide : c'est le faciès des maladies périto-

néales portées à leur plus haut degré d'intensité, le facies abdominal proprement dit.

La dépression des forces est rapide et profonde; le malade s'abandonne en quelque sorte; il souffle ses paroles.

La peau prend une coloration gris-jaunâtre sur tout le corps; elle se couvre parfois de sueurs visqueuses, et quand on la pince, le pli persiste pendant quelques instants.

Aucune boisson n'est supportée au-delà de quelques minutes; l'anurie est absolue; les extrémités se refroidissent et se cyanosent; le pouls devient de plus en plus rapide, filiforme, et le malade succombe, le plus souvent, du deuxième au sixième jour après le début de l'occlusion, soit dans le collapsus et le coma, soit en conservant son intelligence intacte jusqu'à la fin.

Quelquefois, un peu avant la mort, on observe une rémission passagère des phénomènes généraux graves; la douleur et les vomissements peuvent disparaître aussi, et la constipation seule persister. Mais c'est là un calme trompeur, et la terminaison fatale est à peu près la règle, si une intervention chirurgicale ne vient enrayer la marche de la maladie.

Dans certains cas très graves, les malades sont emportés en vingt-quatre ou quarante-huit heures, et sans trace d'infection péritonéale. Cette fin rapide, d'après M. Richelot (1), est en relation directe avec la compression nerveuse de l'intestin qui retentit sur les centres nerveux: « On meurt souvent de péritonite, dit-il; mais on meurt aussi d'étranglement.... ce qui est trop souvent irremédiable, c'est la dépression nerveuse qui est l'effet direct et le phénomène essentiel de l'étranglement, qui arrive toujours si la compression des nerfs de l'intestin se prolonge, et qui fait échouer fatalement les opérations tardives,

(1) Richelot. — *Union médicale*, 1883.

alors même que l'anse intestinale et tous les viscères sont exempts de lésions ».

M. Bouchard pense qu'il faut attribuer la mort, dans ces cas-là, non plus au choc nerveux, mais à une véritable intoxication. En effet, des recherches qu'il a faites à ce sujet, il résulte que les matières fécales sont toxiques par les produits organiques qu'elles contiennent, par la potasse et l'ammoniaque en particulier. A la période de vomissements fécaloïdes, l'organisme s'imprègne de tous ces principes délétères dont l'influence toxique se fait rapidement sentir. Plus tard, quand les vomissements ont cessé, et même alors que les selles se sont produites, les effets de la pénétration de ces matières se font encore longtemps sentir et mettent le malade dans un état grave. Cette théorie nous explique l'influence avantageuse que peuvent exercer, dans certains cas, les lavages stomacaux.

D'autres auteurs enfin, se rattachent à une théorie voisine de la précédente, en admettant avec Macaigne qu'il s'agirait, dans ces cas de mort foudroyante, non d'intoxication à proprement parler, mais d'infection et de résorption par l'organisme des produits de sécrétion de microbes devenus virulents à la suite de l'obstruction de l'intestin, ainsi que l'ont démontré les expériences de Frankel pour le *bacterium coli*.

Il ne nous appartient pas de nous prononcer entre ces trois théories. Mais il est probable que toutes les causes précitées interviennent ensemble et s'associent pour amener ce dénouement si rapidement fatal.

Une complication, malheureusement fréquente, qui peut venir précipiter les événements, est la *perforation* de l'intestin et la péritonite suraiguë consécutive.

Cette perforation se fait là où les tuniques, fortement comprimées et distendues, s'enflamment, se mortifient et perdent toute résistance.

Tantôt la perforation s'accompagne d'une recrudescence de

douleurs ; d'autres fois, elle est presque indolente et la maladie peut se prolonger encore pendant plusieurs jours avant que le malade succombe. Ce n'est qu'à l'autopsie qu'on reconnaît la lésion (perforation). Le plus souvent, cependant, une élévation de la température fait soupçonner cette complication.

La *péritonite* comme complication de l'occlusion intestinale peut survenir même en dehors de toute perforation de l'intestin.

En effet, les recherches de Nepveu, de Bonneken, de Arnd, de Reichell, et celles de notre ami M. le docteur Blanc (1), relatives dans sa récente thèse, ont démontré que les parois intestinales deviennent rapidement perméables aux bactéries sous l'influence d'une simple stase veineuse au niveau de l'anse intestinale étranglée.

(1) M. Blanc, *Du passage des microbes à travers les parois de l'intestin hernié*. Thèse de Montpellier, 1896.

DIAGNOSTIC

Dans ce chapitre nous n'aurons en vue que le diagnostic de l'occlusion post-opératoire *précoce*, car celui des occlusions *tardives* et *éloignées* sera facilement établi, d'après les données classiques, pour le diagnostic des occlusions intestinales en général.

En effet, les occlusions appartenant à ces deux dernières catégories ne méritent le qualificatif de « post-opératoires » que par leur nature et non par leur évolution. Les premières heures de choc et de dépression ont passé, les vomissements anesthésiques ont cessé et avec eux les phénomènes de parésie intestinale. Le malade est en pleine convalescence ou a déjà repris le cours de ses occupations et seule la notion d'une opération antérieure permettra dans ces cas de supposer une adhérence, une bride, etc.... « Dans ces circonstances on a plus facilement l'esprit en éveil, on est plus volontiers attentif à des vomissements qui reparaissent, à une constipation qui reste opiniâtre; il est trop tard pour la péritonite et il est plus facile de penser à l'occlusion.... » (Legueu, *Gaz. des Hôpitaux*, nov. 1895).

Bien autrement difficile est le diagnostic de l'occlusion *précoce*.

Ici, tout d'abord, les symptômes de début de l'occlusion, les vomissements et la constipation n'ont plus la même valeur diagnostique, parce que l'on sait que ces symptômes sont la règle immédiatement après l'intervention, les vomissements

étant dus à l'anesthésie, la constipation aux phénomènes inhibitoires qui résultent du choc opératoire. Toutefois, ce n'est pas là que git la plus grande difficulté. En effet, si les vomissements et la constipation ne sont pas liés à une occlusion intestinale, ils s'amendent très vite et ne résistent pas à un léger purgatif ; on sera donc vite fixé à ce sujet par l'administration du purgatif d'exploration, que nous conseillons à propos du traitement.

Mais bien autrement ardu sera le problème de la différenciation entre l'occlusion intestinale précoce et la péritonite post-opératoire. Ce diagnostic sera parfois excessivement épineux et il le sera d'autant plus que les deux affections sont souvent associées, ce qui rend le diagnostic à peu près impossible. Entre l'occlusion produite par la paralysie intestinale succédant à la péritonite et l'occlusion véritable par obstacle matériel, le diagnostic n'est pas toujours possible, dit M. Jalaguier (1).

Pourtant, bien qu'il n'existe pas de signe vraiment pathognomonique qui tranche la question, les différences en plus ou en moins et l'ensemble des symptômes permettra généralement à un observateur attentif de distinguer l'une de l'autre les deux affections. Ce qu'il ne faut pas oublier, dit M. Collas dans sa thèse de doctorat, c'est le point de départ. Toujours mécanique en dernier lieu dans l'occlusion, il est inflammatoire dans la péritonite. Aussi, tandis que dans celle-ci il se traduira surtout sur l'état général, dans le premier cas il restera plus longtemps une manifestation locale. Cela, du moins au début, car si on attend, on voit les symptômes se fondre et le diagnostic devenir alors bien plus difficile.

Le *début* est généralement plus violent dans la péritonite, qui s'annonce souvent par un ou plusieurs frissons. L'occlusion, au contraire, soit qu'elle suive immédiatement l'opération,

(1) *Traité de chirurgie*, t. VI, p. 673.

soit qu'elle survienne plus tardivement, présente un début insidieux : « les phénomènes d'occlusion grave sont souvent précédés d'un ensemble de symptômes constituant une période intermédiaire, et il est souvent difficile de dire où finissent les phénomènes inhibitoires suivant immédiatement l'opération et où commencent les troubles résultant de l'occlusion » (Giresse).

Si les premiers jours après l'opération se sont passés sans aucun incident, on conclura plutôt à l'occlusion.

La *douleur*, beaucoup plus fréquente, beaucoup plus intense, et presque toujours généralisée dans l'inflammation du péritoine, est exagérée par le moindre contact, et l'examen par la palpation devient extrêmement pénible. Dans l'occlusion, la douleur, généralement localisée, soit au creux épigastrique, soit au niveau du point étranglé, n'est réveillée que par la pression profonde ; l'indolence à la pression superficielle est complète.

Les *vomissements* dans la péritonite sont moins précoces, moins fréquents ; ordinairement bilieux, ils deviennent rarement fécaloïdes. Dans l'occlusion, d'abord alimentaires, puis bilieux, les vomissements deviennent rapidement fécaloïdes.

M. Quénu attire l'attention sur l'odeur fécaloïde, absolument spéciale des éructations et de l'haleine.

L'*absence d'émission de gaz et de matière* est à peu près toujours absolue et résiste à tous les moyens médicaux employés, dans les cas d'occlusion. Dans la péritonite, elle n'est jamais aussi complète, ni aussi rebelle.

Le *ballonnement*, généralisé d'emblée, dans la péritonite, affecte dans l'occlusion, du moins au début, des localisations, inconstantes et éphémères sans doute, mais qui n'en sont pas moins, quand on peut les constater, un signe précieux de diagnostic. Le *météorisme local* est souvent associé à l'*exagération des mouvements péristaltiques* perçus à travers la paroi. O'Balinski insiste sur l'importance de ce dernier signe : « Je me suis appuyé, dit-il, pour faire mon diagnostic, habituellement

sur ce symptôme principal, et j'y ai toujours réussi... Ce signe est si éclatant que sa valeur ne peut être effacée par une élévation de température survenant en même temps ». L'exagération des mouvements péristaltiques, dûment constatée, suffit à trancher le diagnostic entre les deux affections, vu que, dans la péritonite, l'intestin est, au contraire, immobilisé.

La *matité* ou la *submatité dans les parties déclives*, les flancs surtout, et la perception du flot lombo-abdominal (Bard) (1), traduisant l'existence d'un épanchement liquide, sont de bons signes d'étranglement interne, ainsi que nous l'avons indiqué à propos de la symptomatologie.

Une *température élevée*, surtout dans les trois ou quatre premiers jours qui suivent l'opération, est en faveur de la péritonite. Au contraire, un peu d'hypothermie est un bon symptôme d'occlusion.

Mais il faut bien se rappeler que, d'une part, dans les occlusions intestinales simples sans péritonite, la coprostase peut donner lieu à une certaine élévation de la température, et que, d'autre part, on peut voir des péritonites évoluer avec hyperthermie insignifiante, ou même avec hypothermie. Ainsi Verchère décrit, sous le nom de septicémie intestino-péritonéale, une infection dans laquelle la température reste normale, ou même légèrement abaissée pendant tout le cours de la maladie, pour remonter seulement au moment de la mort. Cette affection, d'ailleurs, présente tous les autres symptômes de l'occlusion intestinale, dont elle ne diffère que par l'indolence absolue, même à la pression profonde, et par l'ascension thermique finale.

L'*accélération précoce* du pouls est, de même que l'hyperthermie précoce, en faveur de la péritonite.

(1) Bard, *Lyon médical*, 1893.

Les *troubles respiratoires* sont plus marqués dans cette dernière affection.

L'*état général* devient aussi plus rapidement grave dans la péritonite. L'angoisse, l'agitation, le délire sont plus marqués que dans l'occlusion, où on observe surtout du collapsus.

Enfin, un dernier signe indiqué par Rosenbach, Rosen et autres (*Berliner Klinisch Wochenschrift*, 1887-90), et pouvant servir au diagnostic du siège de l'occlusion, est fourni par l'examen de l'urine. Dans l'occlusion complète de l'iléon, il y aurait toujours dans l'urine de l'*indican* qui, au contraire, manquerait dans l'occlusion du colon ou de l'intestin grêle en haut. Pour déceler la présence de l'*indican*, on fait bouillir une petite quantité d'urine dans un tube à essai, et on y ajoute quelques gouttes d'acide azotique ; l'urine prend alors une coloration rouge vin de Bourgogne, et laisse déposer un précipité de la même couleur.

D'après Rosen, cette coloration est due au mélange des matières colorantes de l'urine, connues sous le nom d'indigo bleu, indigo rouge et indigo oranger. Si on agite l'urine soumise à cette réaction, elle donne une mousse colorée en violet.

Rosenbach attribue une grande valeur diagnostique à cette réaction ; tant que cette réaction persiste, le cas continue à être grave. Si, après l'intervention, dans le but de supprimer l'obstacle, la réaction persiste, elle indiquerait que la cause de l'occlusion persiste aussi. Dans le cas où l'obstacle a été supprimé, la réaction de l'*indican* disparaît dans les 24 heures.

Quoique très important, ce signe ne doit pas être considéré comme pathognomonique, car il peut exister dans d'autres états morbides.

TRAITEMENT

1° *Traitement préventif.* — Avant l'opération, on videra l'intestin, en administrant, la veille, un purgatif et plusieurs lavements ; on s'assurera que les lavements sont rejetés.

Le jour même, la diète absolue est de rigueur, de façon à éviter les vomissements qui, en projetant les anses dans le foyer opératoire, les exposent aux traumatismes et à l'infection, les deux agents principaux de la production des adhérences. La diète a, d'ailleurs, aussi l'avantage de contribuer à l'eupéristaltisme intestinal après l'opération.

Quelles sont les précautions à prendre pendant l'opération ? Etant donné que les adhérences péritonéales, comme nous l'avons vu, sont, dans la majorité des cas, la cause plus ou moins éloignée des occlusions intestinales, les chirurgiens se sont efforcés d'en prévenir la formation.

Müller, attachant une importance exclusive à l'infection dans la pathogénie des occlusions post-opératoires, recommandait l'introduction de liquides antiseptiques dans la cavité péritonéale ; mais bientôt les expériences de O'Balinski, plus récemment les statistiques de Tauffer, sont venues renverser cette opinion. O'Balinski a démontré que les cas dans lesquels on avait le plus de chances de ne pas observer d'occlusion intestinale, étaient précisément ceux dans lesquels on s'était abstenu d'introduire un liquide quelconque dans le péritoine. Des statistiques de Tauffer il résulte que sur 443 opérations faites sous le régime de l'antisepsie, il observa 10 cas d'occlusion, soit 2,25 0/0

environ ; tandis que depuis qu'il ne fait plus que de l'asepsie, il n'en a eu que 2 cas sur 348 opérations, soit 0.57 0/0.

Seul Dembowski, en se basant sur la clinique, a soutenu que l'emploi des antiseptiques prévient les adhérences entre deux surfaces privées d'épithélium, épithélium dont la chute est, comme nous l'avons vu, la condition nécessaire à la production des adhérences.

Que faudra-t-il donc faire pour éviter cette desquamation épithéliale ?

Se garder, autant que possible, de toute cause d'irritation. Ainsi, on proscrira les antiseptiques chimiques forts pour les lavages intra-péritonéaux. De plus, les expériences de Wathard démontrent l'influence du contact prolongé de l'air même filtré, c'est-à-dire débarrassé des germes qu'il peut contenir. Cet auteur a vu des adhérences se produire sur l'intestin, après un contact à l'air, maintenu pendant vingt minutes. Il a proposé, en conséquence, de protéger l'intestin, au cours des laparotomies, par des compresses humides trempées dans l'eau salée. Les observations de Schiffer, celles de Sanger, ont confirmé cette manière de voir. En effet, ce dernier auteur a rapporté au Congrès de la Société allemande de Gynécologie, que sur 147 opérations abdominales, pratiquées sous le régime de l'asepsie humide, il n'avait observé aucun cas d'occlusion, et que l'autopsie de trois de ses malades, emportés par une affection intercurrente, n'avait révélé aucune trace d'adhérence dans le champ opératoire.

On évitera donc, par l'emploi de compresses trempées dans une solution de sel marin à 7 pour 1,000, filtrée et bouillie, la chute épithéliale due aux causes irritatives. Mais il est des surfaces cruentées qui ont été avivées au cours même de l'opération et dont il sera difficile d'empêcher les adhérences aux parties voisines. Dans ces cas, on a conseillé de recouvrir la surface en question par un lambeau de l'épiploon ou bien d'éta-

ler soigneusement le tablier épiploïque au devant des anses intestinales.

Contre la surface d'un pédicule, contre la section d'une frange épiploïque, on adossera les lèvres circonférencielles à l'aide d'un surjet.

Pour éviter que le pédicule ne vienne comprimer les anses intestinales, M. Terrillon conseille de le placer contre la paroi du bassin au-dessous de ces anses. Enfin d'après M. Adénot, on est autorisé à déplacer préventivement les anses de l'intestin grêle dans les cas où leur situation au niveau de l'angle gauche paraîtra devoir compromettre sa perméabilité.

Après l'intervention, y a-t-il avantage à purger ou, au contraire, à prescrire de l'opium ? Les chirurgiens sont divisés sur ce point.

M. Lucas-Championnière conseille les purgatifs dès le lendemain, au plus tard, et dit s'en être bien trouvé, même dans le cas où les malades vomissent : les purgatifs arrêteraient les vomissements.

M. Terrier prescrit le purgatif plus tard : au deuxième ou troisième jour ; il préfère le calomel ; il n'a jamais eu d'accident avec les purgatifs, tandis qu'il en a eu avec l'opium. Il ordonne un purgatif au moindre malaise.

Les adversaires du purgatif insistent sur la possibilité d'une perforation intestinale dans les cas où on a été obligé de rompre, au cours de l'opération, des adhérences préexistantes de l'intestin. Ainsi, M. Routier cite un cas de mort à la suite d'une salpingectomie, le troisième jour, deux heures après qu'on eut administré un purgatif. M. Berger aussi a observé un cas de perforation intestinale le cinquième jour après cure de hernie étranglée, le lendemain d'un purgatif, qui avait fait rompre des adhérences récentes.

M. Terrier, lui-même, le cinquième jour après opération pour salpingite suppurée, un purgatif ayant été administré sans

son ordre, a perdu une malade qui mourut en vingt-quatre heures par perforation rectale.

Aussi ces auteurs, avec Duplay, Quénu, Moutard-Martin, préfèrent immobiliser l'intestin, en retardant le purgatif autant que possible, et même en administrant l'opium en pilules de 0,01 centigr., à la dose de 0,10 à 20 centigr. par vingt-quatre heures.

Voici la conduite suivie par nos maîtres de Montpellier, et décrite par M. le professeur Forgue, dans son remarquable *Traité de thérapeutique chirurgicale* :

« Dès la fin du second jour, au 3^{me}, au 4^{me}, vous constatez chez votre malade, après laparotomie, un météorisme progressif, une constipation absolue, une absence d'évacuation de gaz. Le paquet intestinal, tympanisé et comprimé par le pansement, est refoulé en haut, comprime le diaphragme, gêne l'estomac : de là dyspnée, éructations, coliques, vomiturations.

» Prescrivez à votre opéré l'eau de Janos, par petits verres à bordeaux, comme nous le faisons avec Tédénat, ou le calomel à doses fractionnées de 15^{cs} toutes les heures, jusqu'à production d'une garde-robe. Vous verrez souvent rétrocéder tout symptôme.»

En même temps que les purgatifs, il faut prescrire la diète permanente. Après l'opération, on permettra seulement un peu de limonade ou de tilleul, du champagne, s'il y a tendance au collapsus. Si le malade souffre, il faut préférer les piqûres de morphine à l'opium brut. On exigera le séjour au lit, et le repos absolu, pendant quinze jours au moins.

L'alimentation sera scrupuleusement surveillée et augmentée suivant une prudente progression ; des mouvements brusques, des repas trop tôt copieux, peuvent amener de graves complications, et la mort, comme il est arrivé dans l'observation que nous devons à l'obligeance de notre maître, M. le professeur agrégé Lapeyre.

2° *Traitement curatif.*

a) *Traitement médical.* — Dans les occlusions post-opératoires, qui sont habituellement dues à des adhérences, à des brides comprimantes, etc., le rôle du médecin est à peu près nul, au point de vue thérapeutique, et, dans les cas où le diagnostic est sûr, il y a avantage à proposer d'emblée la laparotomie, sans essai préalable du traitement médical. Mais, en général comme le dit M. Legueu, «on n'arrive que progressivement, et comme à regret, au diagnostic de l'occlusion: il est dur, deux ou trois jours après une laparotomie que l'on espérait bénigne en ses suites, d'avoir à rouvrir le ventre, et le plus souvent, on ne croit pas, ou on ne veut pas croire, au début à une occlusion intestinale vraie. » Aussi, quand les symptômes de l'occlusion sont peu bruyants, qu'il n'y a pas de collapsus, que les vomissements sont peu abondants, que le ventre est peu ou pas ballonné et reste presque-indolore, on essaie généralement les moyens médicaux; mais on en usera avec prudence, et surtout on redoublera de surveillance, se rappelant qu'ils peuvent déterminer une aggravation rapide dans l'état du malade. En tout cas, l'emploi de ces moyens ne doit pas être prolongé au-delà des vingt-quatre premières heures, à moins que le malade ne s'oppose à l'opération.

Parmi les moyens médicaux, les purgatifs sont généralement condamnés, dans les occlusions que nous étudions. Voici ce que dit à ce sujet notre distingué maître, M. le professeur Forgue (1): «... Mais, s'il est logique de compter sur les bons effets des purgatifs, il est prudent d'y renoncer dans les cas d'étranglements aigus, serrés, dont la marche rapide, les

Forgue et Reclus. — *Thér. chir.*, t. II.

réflexes graves dans la sphère du sympathique, les symptômes généraux intenses traduisent la striction et la souffrance de l'intestin... Qui prescrit de nos jours un purgatif dans l'étranglement herniaire »?

Cependant, les purgatifs ont été employés avec avantage dans certaines formes d'occlusions dues à une parésie passagère de l'intestin. Les seuls purgatifs conseillés dans ces cas, sont les purgatifs salins, les purgatifs doux, les *purgatifs d'exploration* de Tuja : eau de Janos, calomel, huile de ricin, qui excitent la tonicité des parois intestinales. Mais leur usage ne doit pas être répété, car ils peuvent devenir dangereux. En aucun cas, on ne prescrira des purgatifs drastiques, qui augmentent l'irritation de l'intestin, le péritonisme et l'épuisement nerveux et exposent, ainsi que nous l'avons dit à propos du traitement préventif, aux ruptures de l'intestin.

Plus souvent que les purgatifs, les lavements ont donné de bons résultats ; c'est surtout dans les cas où l'occlusion siège au gros intestin. Les liquides employés d'ordinaire sont l'eau simple, l'eau de savon, ou encore un mélange d'eau et d'huile, de glycérine ou d'une autre substance purgative. On a particulièrement vanté les lavements à l'eau de Seltz, comme susceptibles de réveiller la contractilité intestinale. Le liquide ne franchit généralement pas la valvule iléo-cæcale, et il ne faut pas s'efforcer de le pousser au-delà ; car on s'exposerait, en le soumettant à des pressions trop considérables, à des ruptures d'intestin, comme le fait a été observé quelquefois. Les lavements sont administrés au moyen d'une sonde poussée le plus haut possible : la sonde rectale étant plus rigide, peut être enfoncée plus avant, mais risque de perforer l'intestin ; le tube de Faucher, plus souple, ne présente pas ce dernier inconvénient, mais il est difficile à enfoncer, et s'enroule sur lui-même, quand on le pousse dans le rectum.

Micheli conseille de placer le malade dans la position gécu-

cubitale, ou sur le côté gauche. L'injection est faite à l'aide d'un entonnoir tenu à 1 m. 1/2 au-dessus du lit. Après qu'on a injecté 1 à 1 litre 1/2 de liquide, le malade accuse une sensation de plénitude ; on arrête alors l'injection. Au bout de quelques minutes, un borborygme se fait habituellement entendre, qui annonce que le liquide a pénétré plus avant dans l'intestin, et l'on recommence ensuite l'injection, que l'on continue ainsi, avec des moments d'arrêts, jusqu'à ce qu'on ait introduit de 2 à 3 litres de liquide, ou deux siphons d'eau de Seltz, au maximum.

Gersuny (1) insiste sur l'importance des grands lavements, au point de vue du pronostic : si les dernières portions du liquide évacué à la suite du lavement ressemblent à de la purée de pois, on peut espérer la guérison sans opération ; par contre, si les dernières parties du liquide ne renferment que quelques flocons de mucus, le pronostic est moins favorable. Gersuny prescrit alors un lavement d'eau salée, suivi d'une seconde irrigation ; si celle-ci ne donne pas de résultat, il faut opérer sans retard.

Pour les insufflations d'air et de gaz, moyens presque délaissés aujourd'hui, mêmes remarques que pour les lavements.

L'emploi de l'électricité a donné de bons résultats, mais ce n'est que dans les cas où l'occlusion était due à une parésie ou à une paralysie intestinale. Dans les cas d'occlusion par cause mécanique, son utilité est très problématique.

Ce sont surtout Boudet et Larrat qui ont vulgarisé cette méthode. Tandis que Larrat emploie, suivant les cas, les courants faradiques (dans les étranglements aigus), ou la galvanisation (occlusions à marche lente), Boudet, de Paris, emploie exclusivement les courants continus de 50 milliampères au maximum.

Parmi les moyens médicaux, les lavages de l'estomac paraissent avoir le plus d'utilité. S'ils ont une valeur curative dou-

(1) Gersuny, *Sem. médicale*, 1894, p. 40.

teuse, ils sont au moins un excellent palliatif, par l'évacuation des principes toxiques contenus dans l'estomac et même la partie supérieure de l'intestin grêle, produits toxiques auxquels, d'après M. Bouchard, sont dus les phénomènes graves de l'occlusion.

Ils ont aussi l'avantage de procurer un peu de repos au malade en arrêtant les vomissements. De ces deux façons, ils prolongent la période durant laquelle l'intervention chirurgicale peut être utilisée. « M. Duret conseille leur emploi avant la chloroformisation, pour prévenir l'irruption dans l'arbre respiratoire, des matières fécaloïdes, qui pourraient être vomies ; pendant la laparotomie, pour diminuer la distension des anses, et faciliter les recherches ; après la laparotomie, pour supprimer les vomissements, et prévenir les résorptions putrides ». (Forgue et Reclus, *Thér. chir.*, t. II, p. 678).

Nous n'avons parlé que de l'action palliative des lavages stomacaux. Or, d'après plusieurs auteurs, il faudrait leur attribuer une véritable action curative, non seulement dans l'obstruction, où domine l'engorgement, mais même dans certains cas d'occlusion vraie par étranglement.

Voici ce que Klotz dit à ce sujet : « Etant donné que dans les premiers jours, les adhérences se défont facilement par la traction, on peut supposer que la libération sera produite par de forts mouvements péristaltiques. Pour provoquer ces mouvements péristaltiques, nous avons un moyen certain et simple. Il suffit souvent d'un lavage d'estomac pour lequel j'emploie 4 à 6 litres d'une solution de sel marin. Si cela ne réussit pas, je fais suivre un second lavage d'estomac de l'administration, par le même tube, d'une dose massive (50 gr.) d'huile de ricin. Si l'on a soin de faire en sorte que le malade ne rende pas tout de suite son huile de ricin, les mouvements très énergiques de tout l'intestin commencent bientôt. Dans tous les cas traités ainsi, les vomissements cessaient immédiatement, et

deux ou trois heures, dix au plus tard, souvent plus tôt, après l'apparition du météorisme, il y avait des déjections intestinales abondantes : l'occlusion était et restait levée. Bien entendu, ce traitement doit être institué immédiatement après que le diagnostic est fait. J'ai fait tous les lavages d'huile de ricin le 4^e ou le 5^e jour après l'opération. »

Notre excellent maître, M. le professeur Forgue, nous a parlé aussi d'un cas de guérison qu'il avait obtenu chez une de ses malades, ayant présenté des symptômes d'occlusion à la suite d'ablation d'un fibrome utérin volumineux.

L'emploi de l'*opium* dans le traitement de l'occlusion a été conseillé par plusieurs auteurs, entre autres par Le Fort, Teleky, Koëmig. On ne peut nier son action curative dans certains cas mal déterminés, qui relèvent probablement du péristaltisme et de la contracture intestinale.

Mais l'*opium* est surtout utile par son action palliative, et voici ce que dit à ce sujet M. le professeur Forgue : « Dans l'étranglement interne vrai, les moyens médicaux, ceux du moins qui stimulent la contraction intestinale, peuvent avoir un pernicieux effet. Sans doute, il n'est pas défendu, *plutôt dans un but de diagnostic*, de faire quelques essais de galvanisation intestinale ; il est indiqué encore de calmer les vomissements par un siphonage gastrique. Mais ce qui est mauvais, c'est de fatiguer l'intestin par d'infructueux efforts, c'est d'accroître le péritonisme et l'épuisement nerveux. Bien au contraire, chez un malade en plein étranglement, qui présente des réflexes abdominaux graves, dont le pouls faiblit, dont le facies se grippe, dont l'hypothermie se dessine, il est rationnel de calmer l'intestin, d'endormir ces « coliques de misère » qui peuvent tuer de douleur, d'apaiser l'irritation du sympathique. L'*opium*, à doses fractionnées, mettra l'intestin et le malade en état de repos anesthésique ».

Enfin, les *ponctions* de l'intestin qui constituent une tran-

sition entre les moyens médicaux et les moyens chirurgicaux, ont paru donner quelques résultats. Le Fort, Mac Gown, Wentscher, Demons, ont rapporté des cas de guérison par ce procédé, dont Demons a précisé de la manière suivante les indications : « Dans un certain nombre de cas d'obstruction intestinale, quand le traitement par les moyens médicaux a été sainement appliqué, et que, d'un autre côté, on hésite à appliquer la laparotomie : ou bien parce que le diagnostic n'est pas sûr, ou bien parce que le malade refuse l'opération, ou encore, parce qu'on n'a pas l'outillage nécessaire, ou lorsque le météorisme est excessif, il est très avantageux de pratiquer les ponctions évacuatrices des gaz à l'aide d'aiguilles très fines ». Ces ponctions lui ont rendu service, entre autres, dans un cas de ballonnement excessif, à la suite d'une ovariectomie.

Ce moyen peut donc être employé dans certains cas, étant donné surtout qu'il ne paraît pas présenter de danger.

b) *Traitement chirurgical.*

Comme nous venons de le voir, les moyens médicaux peuvent être utiles au début d'une occlusion ; mais il ne faut pas s'y attarder dans les cas d'occlusion confirmée, parce qu'alors, ils sont sans action curative et deviennent dangereux :

« Quand on a des raisons suffisantes pour penser qu'il s'agit d'un étranglement par bride, par compression, par volvulus, par invagination récente, c'est la laparotomie qu'il convient de faire ». (Le Dentu). « Et on est fondé à abréger d'autant plus la durée de l'épreuve préalable, que les symptômes ont une intensité pressante et, partant, démontrent une stricture serrée.

« Trélat a eu raison d'insister sur les déplorables conditions où se trouvent les malades qu'on laparotomise *in extremis* ; ils

n'arrivent sous le chloroforme et sous le bistouri qu'épuisés, en plein choc péritonéal, souvent refroidis, purgés et siphonnés à outrance. La laparotomie dans l'occlusion intestinale doit devenir précoce, comme est devenue précoce la kélotomie dans l'étranglement herniaire ; c'est à ce prix qu'elle verra s'améliorer sa funèbre statistique.

« On objecte les difficultés de diagnostic : erreur pour erreur, mieux vaut ouvrir le ventre dans une obstruction que de laisser pendant plusieurs jours, par des stimulants impuissants, un intestin étranglé ou en pleine péritonite.

» Avant l'ère antiseptique actuelle, la grande appréhension des chirurgiens était de trouver une péritonite dans un ventre où ils avaient diagnostiqué l'occlusion intestinale. C'est surtout pour les premières heures que l'utilité de cette distinction se maintient encore : il s'agit à tout prix de garder l'intestin contre tout traitement « irrationnel et violent » ; les purgatifs répétés, l'électricité, tous les excitants abusifs de la contraction intestinale qui, dans l'étranglement interne, ne sont qu'inopportuns ou malfaisants, deviennent périlleux au premier chef dans les pseudo-occlusions par péritonite....

» Plus tard, quand en face de l'urgence des symptômes, l'heure du traitement médical est passée, cette distinction ne nous semble plus offrir qu'un médiocre intérêt : dans les deux cas, la laparotomie a un but légitime ; ici elle est destinée à lever l'obstacle, là à laver le péritoine ». (Forgue et Reclus, *Thérap. chirurgicale*, t. II).

C'est donc la laparotomie qui est l'opération idéale, le véritable moyen curatif de l'occlusion par obstacle mécanique. C'est à elle que se rattache notre savant maître, M. le professeur Forgue, ainsi d'ailleurs que la grande majorité des chirurgiens d'aujourd'hui.

Nous ne décrivons pas, en détail, les règles de l'opération ;

nous nous bornerons à indiquer quelques précautions spéciales à la laparotomie pour occlusion post-opératoire.

Les deux principales conditions de succès sont de se donner beaucoup de jour et d'agir vite. En effet, la gravité de l'opération est, en raison directe de sa durée, étant donné surtout que, généralement, on a affaire à un malade très affaibli ; on devra donc prendre toutes les mesures capables de diminuer, dans une certaine mesure, le danger du collapsus. L'anesthésie doit être de plus courte durée possible.

Dans le but d'éviter les vomissements et l'asphyxie qui peut en être la conséquence au cours de l'anesthésie, nous avons vu qu'il était utile de faire un lavage stomacal préalable.

Des injections hypodermiques de sérum artificiel ou d'une solution de caféine seront pratiquées au besoin avant et après l'opération.

Comme les occlusions intestinales surviennent le plus souvent après laparotomie et dans les premiers jours qui suivent, on profitera de l'incision primitive en faisant sauter les points de suture. Dans les cas où cette incision ne donnerait pas un jour suffisant, on l'agrandirait plus ou moins, suivant les besoins de l'exploration.

Quand l'occlusion est consécutive à une opération autre que la laparotomie, et, d'une façon générale, toutes les fois que l'incision primitive n'a pas porté sur la partie médiane de la paroi abdominale, on fera une incision médiane spéciale, à moins qu'une raison locale (douleur, empâtement) n'appelle l'intervention en un autre point.

Ainsi, Lucas-Championnière et Thorborn ont eu recours à la laparotomie médiane pour occlusions après cure radicale de hernie. De même, M. Legueu conseille cette voie pour les occlusions après hystérectomie vaginale.

On incisera avec précaution de peur de blesser l'intestin, qui adhère quelquefois à la cicatrice de l'incision primitive.

Une fois la paroi abdominale ouverte, on ira à la recherche de l'obstacle, et on aura grande chance de le rencontrer en portant tout d'abord la main vers le foyer de l'opération primitive. On explorera ainsi les surfaces primitivement avivées, les pédicules, les cicatrices péritonéales, etc.

Si l'on ne trouve rien dans ces régions, on doit se reporter vers le cæcum ; si le cæcum est vide, c'est que l'obstacle siège au niveau de l'intestin grêle ; s'il est distendu, c'est que l'obstacle est au-dessous et en suivant, de bas en haut et de droite à gauche, le trajet du colon, on trouvera le plus souvent, au niveau de l'angle colique gauche, la cause des accidents.

Pour faciliter la recherche de l'obstacle, quelques auteurs, après von Wahl, ont érigé en règle l'*éviscération* dans les laparotomies pour occlusion. Cette méthode présente de grands avantages de rapidité dans l'exploration, et permet de découvrir des obstacles introuvables par les autres moyens. Ainsi, von Wahl seul a pu guérir deux malades sur trois, porteurs de grands volvulus. Mais elle présente aussi de graves inconvénients. « Nous redouterions pour l'intestin cette large sortie, ces risques d'infection et de refroidissement, disent MM. Forgue et Reclus. Le danger de collapsus est trop grand, et les difficultés de « remballage » sont trop considérables. » (*Thérapeutique chirurgicale*, t. II.)

Elle n'est pas nécessaire, dit M. Lègueu ; on a toujours tant de difficultés à rentrer, après l'opération, les anses intestinales distendues, qu'il faut éviter cette manœuvre, malgré les services qu'elle a rendus dans quelques cas (Pollosson, Jaboulay). Et on est d'autant plus autorisé à ne pas pratiquer de suite cette éviscération, que, dans une occlusion intestinale post-opératoire, la recherche de l'obstacle est moins livrée à l'imprévu que dans les autres variétés d'occlusion : on sait mieux où le trouver, et pour le supprimer il n'est pas toujours besoin de voir, il suffit de toucher (*Gazette des Hôpitaux*, nov. 1895).

Lorsque le ballonnement est trop considérable pour que la contention de l'intestin au moyen de compresses soit possible, ou lorsqu'une fois sorti sa réduction est devenue impossible, on est autorisé à faire la ponction de l'intestin ou bien à pratiquer une ou plusieurs incisions évacuatrices suivies de la suture. C'est l'*entérostomie temporaire* de J. Boeckel, qui a été employée par lui avec succès.

Mais il arrive parfois à l'opérateur le plus habile de ne pas trouver l'obstacle au cours des matières, dans les occlusions par paralysie intestinale, par exemple. En pareil cas, tous les auteurs sont d'accord pour conseiller de fermer le ventre et d'établir un anus artificiel qui, malheureusement, le plus souvent, ne suffit pas pour conjurer les accidents.

Cette transformation de la laparotomie en laparo-entérostomie est indiquée aussi dans d'autres circonstances qui sont : 1° l'altération et la gangrène des tuniques de l'intestin qui rendraient dangereuse la réintégration d'anses intestinales susceptibles de se perforer après la réduction ; 2° l'existence d'adhérences très étendues ou très résistantes qui exposeraient à des ruptures de l'intestin au cours du décollement. Dans ces conditions, au lieu de l'entérectomie et de l'entérorraphie circulaire, qui serait l'opération radicale, mais qui est contre-indiquée par l'état habituellement grave du malade, dans les cas qui nous occupent, il vaut mieux créer un anus contre nature, en fixant l'intestin à l'angle inférieur de l'incision opératoire.

Comme conclusion de tout ce que nous venons de dire sur la laparotomie dans le traitement des occlusions post-opératoires, nous citerons cette phrase, que nous empruntons encore au remarquable *Traité de Thérapeutique chirurgicale* de MM. Forgue et Reclus :

« ... En matière d'occlusion vraie, ouvrir le ventre nous semble de bonne doctrine ; l'ouvrir précocement nous paraît la condition du succès. Et de deux choses l'une : ou bien la

laparotomie est l'intervention curatrice supprimant l'obstacle ; ou bien elle n'est que le premier temps d'une opération mixte, d'une laparo-entérostomie, destinée à le tourner. »

L'anus artificiel d'emblée a été préconisé par plusieurs chirurgiens, entre autres M. Second et son élève, M. Giresse dans sa récente thèse (1), et opposé par ces auteurs à la laparotomie. Il ne nous paraît pas que cette opposition doive être maintenue et nous croyons, avec MM. Tillaux et Legueu, que l'anus artificiel d'emblée a des indications spéciales autres que celles de la laparotomie.

« Lorsque, quelle qu'en soit la nature et la cause, on a à traiter tardivement une occlusion dont on ne s'est pas aperçu à temps, je pense que, là seulement, l'anus contre nature retrouve tous ses droits. On se décidera d'emblée pour cette opération, lorsque la longue durée des accidents aura amené le malade à deux doigts de la mort ; et plutôt que de courir le risque de laisser ce malade mourir sur la table d'opération, à la suite d'une opération toujours et forcément complexe, comme la laparotomie, il sera préférable et plus sage de faire d'emblée un anus contre nature.

C'est encore à l'anus contre nature que l'on doit recourir lorsque l'on voit les accidents persister à la suite d'une laparotomie, alors qu'on a levé ou qu'on a cru lever l'obstacle ; plutôt que de faire courir au malade les risques d'une seconde laparotomie, l'entérostomie s'impose comme la seule chance de salut. » (Legueu, *Gaz. des Hôpitaux*, nov. 1893.)

On peut à la rigueur, à ces deux indications de l'anus artificiel d'emblée, en ajouter une troisième : le ballonnement trop considérable de l'abdomen.

On établira l'anus contre nature d'emblée de préférence au

(1) Giresse.— Thèse de Paris, 1896.

niveau de la fosse iliaque droite, sur le cæcum s'il est distendu, ou sinon on choisira la première anse dilatée d'intestin grêle qui se présentera dans la plaie, et, pour constituer à cet anus une sorte de sphincter, on aura soin, lors de l'incision des parois abdominales, de diviser le muscle grand oblique parallèlement à la direction de ses fibres.

Quoique les deux opérations, laparotomie et entérostomie, ne soient pas bien comparables entre elles, on a dressé sur leurs résultats respectifs des statistiques que nous reproduisons ci-dessous.

Pour la laparotomie, Schramm, sur 190 cas, a trouvé une mortalité de 64,2 0/0 ; elle n'est que de 58 0/0 pour les cas opérés par la méthode antiseptique ou aseptique.

Rockwel, sur 69 opérations, presque toutes relevées en Angleterre de 1877 à 1887, trouve une mortalité de 46 0/0 seulement.

Curtis a réuni 328 cas de laparotomie pour occlusion aiguë, avec une mortalité s'élevant à 68,9 0/0.

La statistique personnelle de O'Balinski, portant sur 92 laparotomies, donne une mortalité de 68 0/0.

Enfin, celle de Legueu, sur 34 laparotomies, donne une mortalité de 41 0/0.

Pour l'entérostomie, Comte, de Genève, sur 51 opérations, trouve une mortalité de 61 0/0.

S'il faut en juger d'après les statistiques précédentes, qui, en réalité, n'ont pas une grande valeur, l'entérostomie ne donne pas de meilleurs résultats que la laparotomie.

Avec ses nombreux inconvénients, le seul avantage que présente l'entérostomie, c'est qu'elle peut être pratiquée sans anesthésie générale, chez des individus très affaiblis ; c'est une opération non de choix, mais de nécessité.

Et nous terminerons ce chapitre déjà long du traitement de

l'occlusion par ces mots d'un médecin, M. Courtois-Suffit : (1)

« Nous devons avouer qu'aujourd'hui, avec les ressources dont les chirurgiens disposent, lorsqu'ils consentent à être aseptiques, c'est à eux que revient le plus souvent l'honneur de guérir les malades atteints d'occlusion intestinale. C'est une opération courante que la laparotomie, et nous nous demandons si ce n'est pas le traitement le plus simple ou du moins le plus efficace à employer contre les accidents terribles et si rapidement menaçants qui caractérisent l'occlusion de l'intestin.

» Actuellement, la laparotomie doit être pratiquée toutes les fois que l'on a affaire à un cas d'étranglement, soit par bride, soit par invagination, soit par torsion de l'intestin. Et, bien plus, il faut pratiquer l'opération le plus tôt possible. »

(1) Courtois-Suffit, in Charcot, Bouchard et Brissaud. — *Traité de Médecine*, III, p. 526.

CONCLUSIONS

I. L'occlusion intestinale post-opératoire est une complication relativement fréquente et grave ; elle doit par conséquent tenir en éveil l'attention du chirurgien.

II. Les occlusions post-opératoires peuvent être divisées en occlusions par obstacle mécanique (celui-ci pouvant siéger au niveau même ou au loin du foyer opératoire) et en occlusions par paralysie intestinale.

Dans l'un et l'autre cas l'infection péritonéale, plus ou moins intense, plus ou moins localisée, joue souvent un rôle important dans la production de l'occlusion. Mais très souvent aussi l'occlusion est indépendante de toute infection : bride, position vicieuse de l'intestin, compression, troubles réflexes simples par le choc opératoire, etc.

III. La marche des occlusions post-opératoires est habituellement très rapide et la terminaison presque fatale sans une intervention énergique et précoce.

IV. Le diagnostic de l'occlusion précoce d'avec la péritonite est le seul à faire. Parfois impossible, il est toujours extrêmement difficile, et, d'autant plus, que souvent ces deux affections sont associées ; il est basé seulement sur des nuances de symptômes et non pas sur des symptômes spéciaux.

Mais ce diagnostic n'a de l'importance qu'au début de l'occlusion, alors qu'on peut s'adresser encore aux moyens médicaux. Plus tard, l'erreur est peut-être moins préjudiciable, puisque la laparotomie convient également aux deux affections.

V. *Traitement.* — A titre préventif, il faut proscrire les lavages antiseptiques de la cavité péritonéale et ne se servir pour le besoin que de l'eau salée à 7 0/00 bouillie et filtrée. L'intestin doit être manipulé avec égards et exposé à l'air le moins possible. Il faut éviter par les différents moyens la mise en contact des anses intestinales avec des surfaces cruentées.

Les purgatifs salins par petites doses, jusqu'à production d'une garde-robe, doivent être prescrits dès les premiers jours après l'opération et toutes les fois que l'intestin n'a pas été trop intéressé pendant le cours de l'opération.

Au début de l'occlusion on peut employer les moyens médicaux, mais avec beaucoup de prudence et surtout sans s'y attarder longtemps.

Le véritable traitement de l'occlusion intestinale post-opératoire, est le traitement chirurgical.

L'opération de choix, l'opération idéale, c'est la laparotomie.

L'anus contre nature d'emblée n'est indiqué que chez les malades « à deux doigts de la mort » ou quand les accidents d'occlusion ont persisté après une première laparotomie ou enfin, quand le ballonnement du ventre est trop considérable.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ADÉNOT. — Des occlusions intestinales post-opératoires. — Revue de chirurgie, janvier 1896.
- W. EASTERLY ARSTON. — Occlusions intestinales après laparotomies. — The medical News, 1892. Res. in. Arch. gén. de méd., 1893.
- E. BUMM. — Sur les occlusions intestinales après la laparotomie. — Sitz phis. med. Gezel Zu Wursbourg.
- O'BALINSKI. — Occlusion intestinale secondaire aux opérations sur le péritoine. — Berlin Klin. Wochenschrift, mars 1889.
- BOECKEL. — Accidents provoqués par le pédicule après l'ovariotomie. — Gaz. méd. de Strasbourg, 1881, n° 7.
- H.-C. COÉ. — (Observations) Americ. journ. of. obstetric, 1890.
- COLLAS. — De l'occlusion intestinale après la laparotomie. Thèse de Paris, 1890.
- J.-R. COMTE (de Genève). — Traitement de l'occlus. intestin. — Sem. médic., 16 mars 1895.
- GIRESE. — Contribution à l'étude des occlusions intestinales post-opératoires, consécutives à l'hystérectomie vaginale. Thèse de Paris, 1896.
- GOUILLOUD. — Hystérectomies abdominales totales. Obs. du mémoire présenté au Congrès français de chirurgie, 1893.
- GANGOLPHE. — Un nouveau signe des occlusions intestinales par étranglement. — Congrès français de chirurgie, 1893.
- HENROT. — Des pseudo-étranglements intestin. — Thèse de Paris, 1863.
- WOLF HIRSCH. — 14 obs. d'occlus. int. après ovariectomie. — Arch. für gynec., 1888, Berlin. Bd 32 Hft. 11, p. 247.
- C. JACOBS. — (Observation) Bull. de la Soc. Belge de gynéc., 1889.
- AYLE. — La Septicémie péritonéale aiguë. — Thèse de Paris, 1895.

- KLOTZ. — Du traitement des occlusions post-opératoires. — Centralblatt. für gynécolog., 1872.
- KEHRER. — Compression complète du rectum par l'utérus myomateux et gravide après la laparotomie. Centralbl. f. gyn., 1894.
- KÖEBERLE. — Cas d'ovariotomie suivie d'occlusion. — Gazette des hôpitaux, 1867.
- LEGUEU. — Des occlusions intestinales post-opératoires. — Gazette des hôpitaux, novembre 1895.
- LUCAS CHAMPIONNIÈRE. — Cure radicale des hernies, 1892. Annales de gyn., 1892 et Soc. de chir., 1892.
- MATHIEU. — Occlusion intestinale chronique consécutive à une hystérectomie vaginale. — Soc. méd. des hôpitaux, 4 mai 1895.
- MULLER. — (Observations) Deutsche Zeit. f. chirurgie, 1887.
- NICAISE. — (Observation) Occl. int. après opération de hernie étranglée. — Rev. de chirurgie, 1881.
- QUÉNU. — De l'occlusion intestinale après les laparotomies. Nouv. arch. d'obstét. et de gyn., septembre 1894.
- RICHE. — Gaz. des hôpitaux, 3 janvier 1895. — Occlus. intest. après cure radicale.
- ROUTIER. — Occlusion intest. aiguë. — Sem. médic., 1890.
- G.-H. ROHÉ. — Abdominal surgery. — American journal of obstetric., octobre 1894.
- PEYROT. — Interv. chir. dans l'obstruction intestinale. — Thèse d'agrégation, Paris 1880.
- SPENCER WELLS. — Stat. d'ovar. med. Times and. gazette, 1860. — British medical journal, mars 1879. — On ovarian and uterine tumors, London 1872. — Méd. chir. br., Lond., 1881, 2, s., 167-183.
- SÉBILEAU (PAUL). — De quelques accidents avant et après les opérations abdominales. — Ann. de gynéc., 1886, t. XXV.
- ERNST SONNTAG. — (Observations) Berl. Klin. Woch.; déc. 1887.
- SCHIFFER. — De l'occl. int. après les céliotomies et de l'asepsie sèche et humide de la cavité abdominale. — Centralbl. für gyn., 22 sept. 1894.
- TELEKY. — Traitement de l'occlus. intest. post-opératoire. Lettre de Vienne, in Sem. méd. 1894.
- E. TUJA. — Des occlusions intestinales après la laparotomie. — Thèse de Lyon 1894.

THIBIERGE. — Occlusions par paralysie musculaire. — Thèse de
Paris, 1884.

THOMSON. — Recherches expérimentales sur la formation des
adhérences après la laparotomie. — Centralbl. für gyn.,
janvier 1891.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 22 juillet 1896.

Pour le Recteur :

L'Inspecteur d'Académie délégué,
L. YON.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 22 juillet 1896.

Le Doyen,

MAIRET.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	vii
Historique	9
Etiologie	12
Classification, Pathogénie, Observations. . .	15
Anatomie Pathologique	71
Symptômes	73
Diagnostic	84
Traitement.	89
Conclusions	106
Index Bibliographique.	108

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que ie sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !